

Ikääntyneiden asukkaiden elämän loppuvaiheen hoitotyön kehittäminen palveluasumisessa

Hoidon laatu muuttuvassa toimintaympäristössä hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta

Minna Mäkinen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2014

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) MÄKINEN, Minna	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 8.12.2014
	Sivumäärä 79	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi Ikääntyneiden asukkaiden elämän loppuvaiheen hoitotyön kehittäminen palveluasumisessa - Hoidon laatu muuttuvassa toimintaympäristössä hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Irmeli Matilainen ja Hanna Hopia		
Toimeksiantaja(t) Jyväskylän kaupunki		
Tiivistelmä Kun ikääntyneen väestön määrä ja heidän tarvitsemansa hoivapalvelujen tarve kasvaa, yhä useampi korkeasti ikääntynyt tulee myös kuolemaan avopalvelujen asiakkaana. Tästä johtuen elämän loppuvaiheen hoitotyötä tulee kehittää myös sairaala- ja laitoshoidon ympäristön ulkopuolella, jotta palvelut voivat vastata kasvavaan tarpeeseen. Vain osa saattohoidon tarpeesta olevista kärsii niin vaikeista oireista, että he tarvitsevat hoitoa sairaalassa. Korkeasti ikääntyneelle on usein parasta saada kuolla siellä, missä on siihenkin asti saanut hoivaa. Elämän loppuvaiheessa kaiken hoidon tulee perustua yksilöllisen hyvinvoinnin tavoitteluun. Opinnäytetyössä kehitetään elämän loppuvaiheen hoitotyötä organisaatiomuutoksen yhteydessä, laitoshoidosta avopalveluksi muuttuvassa työyhteisössä. Samalla kehittämisessä käytetyn työmenetelmän avulla kerätystä aineistosta tarkastellaan laadullisessa tutkimuksessa hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä elämän loppuvaiheen hoidon laadusta ja sen yhteydestä muutokseen. Elämän loppuvaiheen hoidon kehittäminen laadukkaaksi palveluasumisen toimintaympäristössä on mahdollista, mutta se vaatii asian huomioimista ja sen edellytysten mahdollistamista monilla tasoilla. Työyhteisötasolla voidaan vaikuttaa vain osaan niistä tekijöistä, joilla palvelurakenteessa on merkitystä elämän loppuvaiheen laadukkaan hoitotyön toteutumiseen.		
Avainsanat (asiasanat) ikääntynyt väestö, palveluasuminen, organisaatiomuutos, elämän loppuvaiheen hoitotyö		
Muut tiedot		



Author(s) MÄKINEN, Minna	Type of publication Master's Thesis	Date 08122014
	Pages 79	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title Developing the quality of end-of-life-care for old residents in assisted living units – The quality of care in a changing work environment from the perspective of nursing professionals		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Matilainen, Irmeli & Hopia, Hanna		
Assigned by the City of Jyväskylä		
Abstract As the number of elderly people and their needs of care and services are increasing, we will come to a situation where more of them will also die as clients of outpatient services. This is why the end-of-life-care must also be developed outside hospitals and institutional care, so that the services can respond to the growing needs. Only a part of those who need end-of-life-care are having so severe symptoms that hospitalization is needed. Often the best place to die for the oldest is where they have received the care needed so far. When life comes to an end, all treatment and care should be based on the target of individual wellbeing. This Master's thesis focused on the development of end-of-life-care in a situation of organizational change as an institutionalized care unit was undergoing a change to an assisted living unit. At the same time the method that was used for the development work was also used as a data collection method for a study investigating nursing professionals' views on the quality of end-of-life care and its connection to the change. It is possible to develop high-quality end-of-life-care also in assisted living units, but it needs to be recognized and made possible on many levels. On the level of one care-unit it is possible to influence only on a few factors that are significant to the provision of high-quality end-of-life care in the overall service structure.		
Keywords elderly citizens, assisted living, organizational change, end-of-life-care		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1	Johdanto	2
2	Näkökulmia ikääntyneen väestön elämän loppuvaiheen hoidon laatuun ja sen kehittämiseen	4
2.1	Hoitojärjestelyjen laatu ja laadun arviointi	4
2.2	Eettiset näkökulmat laadun ja kehittämisen lähtökohtana	6
2.3	Laadukas hoito elämän loppuvaiheessa	9
2.4	Ympäri vuorokautinen palveluasuminen hoitoympäristönä	16
2.5	Yhteenveto elämän loppuvaiheen hoidon laatutekijöistä	19
2.6	Työhyvinvointi ja työn laatu vuorovaikutuksessa	21
2.6.1	Työhyvinvoinnin perustekijät ja erityispiirteet hoitoalalla	21
2.6.2	Muutostilanteen erityispiirteet työhyvinvoinnin turvaamisessa	25
3	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	29
4	Opinnäytetyön toteutus	30
4.1	Opinnäytetyön lähtökohdat	31
4.2	Työelämä lähtöinen kehittäminen ja yhteisöllinen oppiminen	35
4.3	Kehittämistyön toteutus muuttuvassa toimintaympäristössä	38
4.4	Kehittämistyön arviointi	42
4.5	Laadullinen tutkimus kehittämistyön tukena	44
4.6	Aineiston keruu	46
4.7	Analyysin kuvaus	48
5	Opinnäytetyön tulokset	50
5.1	Yhteinen näkemys laadun turvaamisesta	50
5.2	Elämän loppuvaiheen hoitotyö muuttuvassa toimintaympäristössä hoitotyön ammattilaisten kuvaamana	52
5.2.1	Ennen muutosta	52
5.2.2	Muutoksen jälkeen	60
5.3	Luotettavuuden arviointi	63
6	Johtopäätökset	67
7	Pohdinta	70
	Lähteet	80
	Liitteet	89
	Liite 1: Hyvän saattohoidon suositus	89
	Liite 2: Ensimmäisen kehittämisiltapäivän ohjelma	90
	Liite 3: Toisen kehittämisiltapäivän ohjelma	91
	Liite 4: arviointi, SWID – nelikenttäanalyysi	92

KUVAOTSIKKOLUETTELO

Kuvio 1: Elämän loppuvaiheen hoidon laadun mekanismi	20
Kuvio 2 : Mielekkään muutosprosessin avaintekijät	27
Kuvio 3: Opinnäytetyön kokonaisuus	30
Kuvio 4: Laatuun vaikuttavien tekijöiden vuorovaikutussuhteet	31
Kuvio 5: Organisaatiomuutosten jatkumo toimintayksikön lähihistoriassa	32
Kuvio 6: Kehittämistyön eteneminen	40
Kuvio 7: Tulokset kysymyksestä 1 elokuussa 2013	53
Kuvio 8: Tulokset kysymyksestä 2 elokuussa 2013	57
Kuvio 9: Tulokset kysymyksestä 1 huhtikuussa 2014	60
Kuvio 10: Tulokset kysymyksestä 2 huhtikuussa 2014	62

1 Johdanto

Korkeasti ikääntyneen väestön määrä laitos- ja asumispalvelujen asiakkaana nousee ja tehostetun palveluasumisen osuus on lisääntynyt kun laitoshoidoksi luokiteltujen pitkäaikaisten palveluratkaisujen määrä on laskenut (Sinervo, Noro, Tynkkynen, Sulander, Taimio, Finne-Soveri, Lilja, Syrjä. 2010, 21). Hoidon toteuttamisen kannalta juuri elämän loppuvaihe ja kuolemassa olevien asiakkaiden hoidon asianmukainen järjestäminen koetaan usein haasteellisemmaksi avohoidon ympäristössä. Saattohoitotutkimuksen seminaarissa marraskuussa 2012 todettiin, että elämän loppuvaiheen hoidon järjestäminen vaatii selkeyttämistä (Pihlainen 2012). Yli 70 - vuotiaiden elämän loppuvaihetta tarkasteltaessa on huomattu, että hoidon ja asumisen järjestämisen tavasta riippumatta kahtena viimeisenä elinvuonna koetaan keskimäärin yli kymmenen siirtymistä vakituiseen asuinpaikan ja sairaalan välillä (Voutilainen 2010) ja enemmän kuin puolet yli 70 – vuotiaana kuolleista kuoli terveyskeskuksen vuodeosastolla vuosina 2002 – 2008 (Forma, Jylhä, Aaltonen, Raitanen ja Rissanen 2012, 9).

Palvelurakenteiden uudistuessa palveluille asetetut vaatimuksetkin muuttuvat. Saattohoitoa ei ole systemaattisesti kehitetty osaksi palvelujärjestelmää vaan kuolemassa olevat ihmiset on hoidettu terveys- ja sosiaalipalveluissa pitkälti muiden tehtävien ohessa (Saarto 2013, 381; Vuorinen, Zinhu, Turppo 2012, 1839; Annanmäki 2008, 8-9), vaikka saattohoito Suomessa on kokonaisuutena tarkastellen kehittynyt voimakkaasti 2000-luvun aikana (Pihlainen 2012; Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus 2012). Suomessa noin 70 % kuolemista tapahtuu vielä sairaalassa (Sankelo 2012). Kuolema on määritelty hoidettavaksi laitoksissa, mutta erityisosaamisesta osalliseksi pääseminen ei toteudu tasapuolisesti (Grönlund & Huhtinen 2011, 75; Saarto 2013, 381-382; Annanmäki 2008, 9; Pihlainen 2012).

Elämän loppuvaiheen hoitotyön kehittäminen Suomessa on vaihtelevaa, vaikka sen ymmärretään olevan yksi laadun varmistamisen osatekijä. Hyvä elämänlaatu ja elämän lopussa hyvä kuoleminen laatu ovat tavoite ympärivuorokautisten hoivapalvelujen järjestäjille, ja se voidaan saavuttaa tasokkaan ja suunnitelmallisen palliatiivisen hoidon avulla. (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 21, 25.)

Tämä opinnäyte on kehittämistyö, jonka kohteena on elämän loppuvaiheen hoidon laatu ympärivuorokautisessa palveluasumisessa. Tavoite on edistää suositusten mukaisen ja näyttöön perustuvan elämän loppuvaiheen hoitokäytännön muodostumista palveluasumisen toimintaympäristössä. Laatua tarkastellaan hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta organisaatiomuutoksen yhteydessä, jolloin tarkoitus on kiinnittää huomio laadun turvaamiseen.

Kehittäminen ja laadullinen tutkimus muodostavat opinnäytetyön kokonaisuuden, jossa laadullinen analyysi kuvailee hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä ennen organisaatiomuutosta ja sen jälkeen tukien kehittämistyön arviointia ja kirkastaen jatkokehitystarpeita. Opinnäytetyön aineisto saatiin kehittämisessä käytetyn yhteisöllisen menetelmän avulla, joten kehittämistyö ja aineiston tarkastelu on suunniteltu palvelemaan toisiaan.

Sosiaali- ja terveysministeriö suosittaa yksilölliset tarpeet huomioivien, laadukkaiden ja suosituksia noudattavien saattohoitopalvelujen tarjoamista siellä, missä palvelun tarvitsija asuu. Suositus kiinnittää huomiota myös työhyvinvointiin laadukkaana työskentelyn taustatekijänä. (Hyvän saattohoidon suositukset 2011). Kuolemassa olevia ihmisiä työssään kohtaaville ammattilaisille asiantuntijat suosittelevat järjestettävän työhönsä ja muistuttavat, että työyhteisöjen on oltava riittävän hyvinvoivia kyetäkseen tarjoamaan laadukasta hoitoa (Korhonen & Poukka 2013, 445; Grönlund & Huh-tinen 2011, 113, 200-204).

Työyhteisön toimivuuden ja yhteishengen kannalta ensisijaista on, että kyetään luomaan työnäky eli yhteiset tavoitteet ja sopimaan keinot sinne pääsemiseksi. Kehittämistyöllä halutaan edistää yhteisen työnäyn muotoutumista ja yhteisöllistä ongelmanratkaisukykyä, joka parantaa myös työyhteisön hyvinvointia. (Jääskeläinen 2013, 168). Kehittämistyön avulla parannetaan muutoksesta selviytymistä, sekä selvitetään tilaajana toimivalle työnantajalle laadun turvaamiseen liittyviä haasteita toimintaympäristön muutoksessa.

2 Näkökulmia ikääntyneen väestön elämän loppuvaiheen hoidon laatuun ja sen kehittämiseen

2.1 Hoitojärjestelyjen laatu ja laadun arviointi

Puhekielessä vanhuspalvelulakina tunnettu *laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista* tuli voimaan 1.7.2013. Laki määrää, että palvelujen on oltava laadukkaita ja turvattava hyvä hoito ja huolenpito. Tarkoituksena on mm. parantaa ikääntyneen väestön mahdollisuuksia saada laadukkaita sosiaali- ja terveystalveluja yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja oikea-aikaisesti. Lain mukaan palvelut on järjestettävä yhdenvertaisesti saataville ja se velvoittaa järjestämään pitkäaikaisenkin hoidon ja huolenpidon kotiin tai muuhun kodinomaiseen asuinpaikkaan. Pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys on turvattava. Hoitojärjestelyä voidaan muuttaa paitsi asiakkaan toivomuksesta, myös hänen hoidon tarpeensa muutoksen tai muun perustellun syyn vuoksi. (L 28.12.2012/980.)

Toimintayksiköissä tulee olla laadunhallintajärjestelmä, jolla hoidon ja palvelun laatua voidaan seurata ja arvioida ja mittareiden soveltuvuus on varmistettava. Laadukkaat ja asiakaslähtöiset palvelut edellyttävät jatkuvaa palautteen keräämistä ja analysoimista. Laatuja järjestelmät toteutuvat käytännössä johtamisen, kehittämisen ja henkilöstön osaamisen välityksellä asiakkaan kokonaisvaltaisena hyvinvointina. Palveluiden laadun ja vaikuttavuuden takaamiseen tarvitaan myös riittävä määrä moniammatillisuutta ja työyhteisöjen hyvinvoinnin turvaamista. (Vanhusten ympärivuorokautisen hoivan ja palvelujen valvontasuunnitelma 2009, 13-16.)

Laatusuosituksen mukaan laatu on ”*palvelun kykyä vastata järjestelmällisesti asiakkaiden tarkoituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti*”. Lisäksi määritelmä jakaa laadun kolmeen eri ulottuvuuteen: rakenne-, prosessi- ja lopputuloksen näkökulmiin. Rakennetekijät ovat toiminnan edellytyksiä kuten toimintatapoja, konkreettisia yksiköitä ja henkilöstöä. Prosessinäkökulma puolestaan katsoo asiaa asiakkuuden alkamisen ja päättymisen

välisistä tapahtumista ja lopputulos tavoitteiden saavuttamista. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 65.)

Tuotetun palvelun arvo ja erityisesti sen asiakasarvo nousee laadun keskeiseksi tekijäksi monesta näkökulmasta. Tyytyväinen asiakas on yksi laadun mittari ja haluttu työn tulos (Jääskeläinen 2013, 26). Laadukkaassa hoidossa apua tarvitseva henkilö kohdataan ihmisenä kunnioittaen tämän autonomiaa ja toimijuutta. Asiallinen vuorovaikutus, eli kohtaaminen, on laadukkaan hoidon perusta. Vallitsevat arvot, periaatteet ja niiden lähtökohta - tai niiden puute - näkyy jokapäiväisessä toiminnassa joko asiakaslähtöisenä tai järjestelmälähtöisenä toimintana. (Pietilä, Heimonen, Eloniemi-Sulkava, Savikko, Köykkä, Sillanpää-Nisula, Frosti, Saarenheimo 2010, 261.)

Käytännössä asiakaslähtöisyys edelleen toteutuu vaihtelevasti, vaikka sitä on pitkään pidetty tärkeimpänä lähtökohtana. Kuitenkin on tiedossa, että hyvä ja asiakaslähtöinen palvelu on yhteydessä hoidon vaikuttavuuteen, palvelujen kustannustehokkuuteen ja eri osapuolten tyytyväisyyteen (Vaarama 2013, 41). Laatuongelmia tuottaa erityisesti pitkäaikaista hoitoa tarjoavien palvelujen laitosten kulttuuri, jossa yksilöllisyyttä ei huomioida ja vaikuttamismahdollisuudet ovat vähäiset: toiminta on rutiinimaista ja organisaatiolähtöistä (Voutilainen 2010).

Jos rutiinit ovat yhteisesti sovittu toimintatapa ja työn perusta, ne tulevat myös osaksi laatua. Tällöin ne tulee nähdä toimintajärjestelmänä joka helpottaa toimintaa, luo turvallisuutta ja ennakoitavuutta. Ongelmaksi rutiinit muodostuvat vasta noustessaan itsetarkoitukseksi. (Kangasniemi 2013, 11.) Hyvissä palveluissa on joustoa, joka mahdollistaa hoidon saamisen myös tarpeiden muuttuessa. Elämänlaadun kannalta merkittävä tekijä voi olla palveluntarjoaja, sillä hoitopaikka ja sen käytännöt ratkaisevat paljon. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 7-8.) Pihlaisen (2012) ja Sankelon (2012) mukaan tästä syystä on tärkeää kehittää myös elämän loppuvaiheen hoitopolkuja. Hoitopoluilla on suora vaikutus hoidon jatkuvuuden ja laadun turvaamiseen (Hyvä saattohoito Suomessa 2010).

Johtamisella on suora vaikutus palvelun laatuun ja vaikuttavuuteen, koska johtamisen kautta vaikutetaan paitsi työtä tekevien määrään ja osaamiseen, myös heidän hyvin-

vointiinsa (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 52-53). Asiakkaan tulee olla kärjessä myös osaamistarpeiden määrittelyssä. Osaamispääomaa hallinnoitaessa yksilöihin keskittyminen usein vie huomion rakenteilta, joiden avulla kuitenkin osaamisen käyttö mahdollistuu. (Ojala 2008, 37, 110-111.) Osaava henkilöstö on yksi laadun osa ja henkilöstön koulutus on usein käytetty mittari laadun arvioinnissa, vaikka ne eivät aina korreloi käytäntöön.

Sinervo ym. (2010) viittaavat lukuisiin tutkimustuloksiin (mm. Pekkarinen 2004 ja 2007) todetessaan ikääntyneen väestön palvelujen olevan sosiaali- ja terveydenhuollon kuormittavin työkenttä ja että henkilöstötekijöillä on vahva yhteys hoidon laatuun. Sitoutuminen työhön ja työpaikkaan sekä viihtyminen työssä ovat merkitseviä toteutuvan työsuorituksen ja sen seurauksena hoidon laadun kannalta. (Mts. 26-27, 31.)

Jyväskylän kaupungin laatupolitiikassa on käytetty ITE – ja EFQM – laatujärjestelmiä. Pitkääikaishoito vastaa sosiaalihuoltolain mukaisesta laitoshoidon järjestämisestä. (Pitkääikaishoidon laatukäsikirja 2011, 2.) Ympäri vuorokautisen asumisen ja hoidon laatua arvioidaan osavuosisikatsauksilla ja määritellään toimintasuunnitelmilla.

2.2 Eettiset näkökulmat laadun ja kehittämisen lähtökohtana

Hoitotyön laatu ja etiikka liittyvät olennaisesti toisiinsa. Palvelujen laadusta on huolehdittava ammattimaisesti eri tasoilla: johdolle kuuluvat sen edellytysten luominen ja ylläpito, mutta työnsä laadusta vastaa työyhteisö ja työntekijä. Ammatillisten eettisten periaatteiden ja hallinnon päätösten välille ei saa tulla ristiriitaa. Peruskeskustelua ovat kysymykset elämänhallinnasta, elämän laadusta ja oma- ja läheisvastuun rajoista liittyen myös hoidon riittävyyteen, oikeudenmukaisuuteen ja inhimillisyyteen sekä asiakkaan kuuntelemiseen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 6-8.)

Eettisesti kestävä pohjan luo asiakkaan kohteleminen yksilönä ja oman sosiaalisen verkostonsa jäsenenä. Ikääntyneellä asiakkaalla on oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, oikeus turvallisuuteen ja oikeus luottaa saavansa tarpeidensa mukaista hoitoa ja huolenpitoa. Ikä ei ole jonkin hoitomuodon käyttämättä jättämisen

peruste vaan se, mikä vaikutus toimenpiteillä on elämänlaatuun. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 3-4, 12.) Palvelujen kehittämistyö vaatii eettistä herkkyyttä ja kriittistä harkintaa erityisesti silloin, kun palvelun käyttäjät ovat sen varassa (Palomäki & Teeri 2011, 52). Tietämyksen laajeneminen muuttaa jatkuvasti käsityksiä siitä, mitä on hyvä hoito. Kun arvioidaan moniulotteisia kokonaisuuksia, puhutaan aina myös etiikasta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 20.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon eettisten- ja laatuksymysten työstämisellä turvataan asiakkaan itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon säilyminen. Eettisesti hyvä hoito on yksilöllistä ja siten toteuttaa itsemääräämisoikeutta, sekä kunnioittaa yksityisyyttä turvaten ihmisarvon. Näistä asioista huolehtiminen kuuluu erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden kanssa toimiville. (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 17.)

Ammattietiikka on ammatillisen vallankäytön hallintatyökalu (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 25), mutta arvot muovautuvat yhteisöllisesti vuorovaikutuksessa toisten kanssa (Kuokkanen 2012, 67), jolloin päätöksenteon eettisyyteen vaikuttaa myös sosiaalinen konteksti (Hopia, Heinonen, Liimatainen 2012, 14). Tästä johtuen eettinen osaaminen vaikuttaa työyhteisöön ja toisinpäin (Poikkeus & Leino-Kilpi 2012, 91).

Eettisiä perusteluja tulee avata myös ulospäin, koska eettiset periaatteet eivät ole yksisuuntaisia ja yhteistyö perustuu vastavuoroisuuteen. Sellaisten tapojen luominen, joiden avulla löydetään yhteisesti ymmärretty ratkaisu, ovat olennainen osa hyvää hoitoa. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 24, 32.) Asiakkaan kanta hyvästä elämänlaadusta voi olla erilainen kuin hänen läheisillään tai terveys- ja sosiaalihuollon edustajilla (Kangasniemi 2013, 17). Sen selvittäminen, mitä todella halutaan, on pohjimmitaan eettistä keskustelua. Klassinen esimerkki hoitotyön laadun ja etiikan välisestä liitoksesta on se, kuinka asiakkaan itsemääräämisoikeuden tulee olla loukkaamaton, mutta päätöksentekoon tarvittava ymmärrys heikentynyt. Kuolemaansa toivovan ihmisen tahdon kohtaaminen voi olla vaikeaa jopa ammattilaisille. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 9-10, 16.)

Eduskunnassa on parhaillaan menossa jo 2012 käynnistynyt lakihanke, jolla pyritään uudistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä siten, että asiakkaan itsemääräämisoikeutta koskevat säännökset pyritään kokoamaan samaan säännökseen. Hankkeella selvitetään, miten lainsäädäntöä voidaan uudistaa vahvistamaan ja tukemaan asiakkaan itsemääräämisoikeutta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus n.d.)

Julkisessa vallankäytössä tehdään rajanvetoja ihmisten tarpeille. Lainsäädäntö, joka ohjaa sosiaali- ja terveystalvveluja, on varsin pirstaloitunutta ja monimutkaista. (Vaarama 2013, 38.) Ristiriidat ovat laajempia kuin yksilön päätösvaltaan kuuluvia kysymyksiä. Elämme ajassa ja yhteiskunnassa, jossa eliniän pidentämiseen käytetään paljon yhteisiä voimavaroja, mutta samaan aikaan arvot liitetään yhteiskunnalliseen hyödyllisyyteen ja ikääntymisen seurauksista puhutaan kulueränä (Kangasniemi 2013, 15).

Hajanainen lainsäädännöllinen ohjaus on johtanut myös sektoroituun toimintakulttuuriin, joka harvoin huomioi asiakasta kokonaisvaltaisesti. Tarvitaan selkeää määritelyä, mitä palveluja ja millä ehdoilla eri elämäntilanteissa ja palvelutarpeissa saa, jotta todellinen yhdenvertaisuus tulisi turvatuksi. (Vaarama 2013, 38.) Yhteiskunnan ja sen palvelurakenteiden voimakas muutos haastaa paitsi hoitotyön tulevaisuuden, myös sen eettiset periaatteet, kuten tasa-arvon, yksilöllisyyden ja inhimillisyyden (Halme 2012, 109-110).

Vaarama (2013, 21) ja Halme (2012, 105) kritisoiivatkin tasa-arvoisuuden peruseriaatteen toteutumista ikääntyneelle väestölle järjestetyissä palveluissa, koska hyvinvointipolitiikka ei reagoi riittävästi sukupolvien sisäiseen eriarvoisuuteen. Ikääntynyt väestö on palvelujen saamisen kannalta keskenään eriarvoisessa asemassa ja sitä mukaa kun tarve on kasvanut, tarjotut palvelut ovat niukentuneet ja laatu on heikentynyt (Vaarama 2013, 39-40). Kustannusten kasvun hallinta ja tuottavuuden parantaminen perustuvat eri tekijöihin, ei pelkkään hoitajien ja asiakkaiden väliseen suhdeluukuun. On tarkasteltava myös hoidon tarvetta ja tuotetun hoidon laatua. (Sinervo ym. 2010, 35.) Kokonaisuuksien hallitsemiseen tarvitaan yhteisesti sovittuja linjoja, kuten hoitoohjelmia (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 14).

Elämän päättyminen on määritetty, ohjeistettu ja säädöksillä tiivistetty. Silti se tapahtuu ihmiselle toisten keskellä ja on aina yksilöllinen ja arvokas. Sen varjeleminen on terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä. Tehtävän toteuttamiseksi tarvitaan yhteistä koulutusta ja yhteistä keskustelua ammattikuntien välillä. (Kangasniemi 2013, 17-19.) Yhteiset arvot ja toiminnan tavoitteet ovat eettisen työyhteisön tunnuspiirre (Poikkeus ja Leino-Kilpi 2012, 90). Vain keskustelun kautta voidaan löytää yhteinen näkemys tavoitteesta ja sen jälkeen eettisesti kestävät keinot sen saavuttamiseen, vaikeneminen ylläpitää tilanteen epäselvyyttä (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta 2011, 11.) Hopia, Heinonen ja Liimatainen (2012, 17, 21) määrittelevät, että työyhteisön kehitys ja sen jäsenten kyky kriittiseen itsearviointiin ja samalla ammattitunnon vahvistumiseen on verrannollinen työyhteisössä käytävän eettisen keskustelun määrään.

2.3 Laadukas hoito elämän loppuvaiheessa

Elämän loppuvaiheen hoito on tässä opinnäytetyössä käytetty termi, jolla tarkoitetaan kokonaisvaltaista oireiden ja epämukavuuden hallintaan ja mahdollisimman hyvään oloon hoitotyön keinoin pyrkimistä vaiheessa, jossa yksilön elämän päättyminen on hyvin lähellä. Pääasiallisia rinnakkaistermejä ovat saattohoito sekä palliatiivinen hoito. Palliatiivisella hoidolla tarkoitetaan laajempaa ja pitempiaikaista kokonaisuutta, josta vain osa on saattohoitoa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2011).

Kun elämän pidentäminen ei ole enää tarkoituksenmukainen päämäärä, hoito on kokonaisvaltaisesti palliatiivista eli oireita lievittävää. Se käsittää paitsi sairauksien aiheuttamien hankalien oireiden ja kivun hallinnan, myös psykososiaaliset ja hengelliset kysymykset. Laadukkaalla palliatiivisella hoidolla taataan myös muistisairaalle hyvä elämän loppuvaihe. (Voutilainen 2010.)

On muistettava, että diagnoosi ei määrittele eikä ennusta elämän loppuvaiheessa ilmenviä oireita, ja usein monien sairauksien vaikutus voimien heikkenemiseen on ollut läsnä jo pidempään. Korkeaan ikään ehtineiden oireenmukaisen hoidon erityistarpeet

liittyvät oireiden esiintymistapaan ja lääkitysten vaikutuksiin, joihin juuri ikääntymisen tuo muista ikäryhmistä poikkeavia piirteitä. (Poukka 2014, 22.) Hoidon toteutuksen yhteydessä nämä tekijät vaativat toteuttajalta käsitystä ikääntymisen aiheuttamista muutoksista.

Palliativisessa hoidossa kuolema ymmärretään elämän normaalina päätepisteenä (Grönlund & Huhtinen 2011, 77), joka nyky-yhteiskunnan medikalisaation valtaamassa asenneilmastossa saattaa olla vaikeaa hahmottaa ja hyväksyä (Saarelma 2008, 4560-4562; Annanmäki 2008, 8, 10). Lisäksi korkeassa iässä erityisesti henkilöiden, joilla on muiden sairauksien lisäksi etenevä muistisairaus, hoitolinjojen aktiivisuuden määrittely voi olla haasteellista, vaikka akuutissa tilanteessa suositellaan ensisijaisesti pyrittävän tilan huononemista edeltävän tilanteen palauttamiseen (Sulkava 2006, 23).

Hoitolinjan määrittelyssä pyritäänkin pohtimaan, mikä tuo eniten hyötyä ja hyvinvointia (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 12). Hoitolinjan myötä hoitotyön painopiste muuttuu: läsnäolo ja omaisten tukeminen sekä oireiden jatkuva arviointi kliinisissä perusteissa ja havaintojen mukaan toimiminen on ensisijaista. Vain oireiden hallinnan kannalta tarkoituksenmukainen lääkitys on perusteltua. Kaikenlaisten hoitotoimien osalta on käytettävä kriittistä harkintaa, ettei tarkoituksettomasti toimita vastoin hyvinvoinnin tavoitetta. (Poukka 2014, 22.)

Perinteisesti saattohoito ja ylipäätään kuolinprosessi on nähty jakautuneesti asetelmasta, jossa vaihtoehtoina ovat äkkikuolema tai kuolema siihen johtavan sairauden ennustettavissa olevan terminaalivaiheen kautta (Strandberg 2014, 17). Ehkä tästä johtuen saattohoidon ajateltiin pitkään kuuluvan vain potilaille, jotka kuolevat suoraan diagnostisesti määritellyn parantumattoman ja kuolemaan johtavan taudin, kuten syövän, seurauksena, ja joille voidaan antaa edes suuntaa antava elinajan ennuste (Strandberg 2014, 17; Saarto 2013, 381; Korhonen & Poukka 2013, 440), mutta nykyisten suositusten mukaan saattohoito ei saa riippua diagnoosista eikä iästä (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 11). On inhimillistä sallia elämän päättyminen korkeaan ikään ehtineelle ihmiselle (Annanmäki 2008, 8), sillä vanheneminen prosessina johtaa lopulta väistämättä kuolemiseen (Saksela 2014, 10, 15).

Käypä Hoito –suositus (2011) ”Kuolevan potilaan oireiden hoito” kattaa jo otsikossaan erilaiset elämän loppuvaiheet ja siinä korostuu, että kaikki ovat oikeutettuja oireenmukaiseen hoitoon elämänsä loppuvaiheessa. Saattohoitopäätös on potilaslain tarkoittama hoitopäätös, lääketieteellinen ja diagnoosista riippumaton linjaus, joka tehdään, kun odotettavissa oleva elinaika voidaan arvioida laskettavan enää viikoissa (Korhonen & Poukka 2013, 440). Kuitenkaan asiantuntijoiden kesken ei näytä olevan täysin yhtenäistä käsitystä elinajan odotteesta saattohoitolinjauksen tekemisen perusteena. On myös mahdollista olla saattohoidossa varsin pitkään ennen kuolemaa.

Luonnollisen elämänkulun mukaiseen elämän loppuun saattohoito joidenkin mielestä kuuluu, mutta osa asiantuntijoista haluaa erottaa sen tästä yhteydestä. Esimerkiksi Sulkava (2006, 22) on artikkelissaan perustellut tätä termien erottamista toisistaan ja suositellut, että etenevästä muistisairaudesta kärsivien kohdalla puhutaan vain palliatiivisesta hoidosta. Vaikka myös Strandberg (2014, 17-21) haluaa muistuttaa, että etenevän muistisairauden myöhäisvaihe on ymmärrettävä terminaaliseksi tilaksi ja hoidettava siihen kuuluvilla periaatteilla, hän myös aiheellisesti huomauttaa, että korkeaan ikään ehtineet yksilöt kaikkine vaivoineen ja toimintakykynsä mukaan ovat yksilöllisiä vielä myös elämän loppuvaiheessa ja että kuolema korkeassa iässä ei ole tavallisesti suoraviivainen tapahtuma.

Lähestyvän kuoleman tunnistaminen on tärkeää. Hoidon painopiste on osattava arvioida uudelleen ja korjata suunnitelmaa ajallaan. Kuolemista puhuminen ja sen lähestymisen määrittely on usein vaikeaa ja elämän loppuvaiheen oireiden hyvä hoito voi epäonnistua, ellei ole yhteisymmärrystä tilanteesta. Hoito on resursoitava niin, että myös lähipiirin ahdistuksen lievittäminen on mahdollista. Elämän loppuvaiheessa hoitaminen on enemmän läsnäoloa kuin hoitotoimia. (Poukka 2014, 22; Korhonen & Poukka 2013, 440-441.)

Läsnäoloa ja kohtaamisen laatua elämän loppuvaiheen hoidon laadun ydintekijänä korostavat myös Grönlund ja Huhtinen (2011, 18), sekä väitöskirjassaan varsin laajasti Lipponen (2006), joiden kuvailun mukaan kohtaamisen laatu voi tukea kuolemassa olevaa ja hänen ihmisyyttään ja arvokkuuttaan. Vierelle pysähtyminen ja rauhoittuminen kuluvaan hetkeen ovat kohtaamista ihmisyyden lähteellä, jolloin hoitajan asenne

nousee tärkeäksi, sillä se voi myös estää yhteisen kokemuksen kanssaolemisesta (Grönlund & Huhtinen 2011, 195-197; Lipponen 2006, 173).

Vuorovaikutussuhde muodostuu kohtaamisen avaintekijäksi (Lipponen 2006, 16). Hoitoa antavalla osapuolella on tärkeä rooli vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutuksessa osoitetaan empatiaa, autetaan ymmärtämään sairautta ja tulemaan toimeen kärsimyksen kanssa, vähennetään pelkoa ja luodaan toivoa sillä, että elämänlaatua tässäkin vaiheessa voi parantaa. Näin ollen luottamuksellinen hoitosuhde on merkityksellinen kohtaamisen lähtökohta. (Grönlund & Huhtinen 2011, 59, 116.)

Empatia on kuolemaa kohtaavassa hoitotyössä erityisesti kyky nähdä hoitotodellisuus molemmista näkökulmista samanaikaisesti. Hoitosuhde ja kohtaaminen kuolevan ihmisen ja häntä hoitavan ihmisen välillä on hyvän hoidon ydin. Sillä, millaisia valintoja omasta toiminnastaan hoitotyön ammattilainen tekee työssään, voidaan konkretisoida itseyden säilyttämisen ja hyvän elämän ideaaleja. Myös elämän loppuvaiheessa hyvä kohtelu, yksilöllisyys ja oikeuksien toteutuminen ovat perusedellytyksiä hoitosuhteen toteutumiselle yhteistyösuhteena. Yhteistyösuhte taas perustuu hoidettavan valintojen ja ratkaisujen kunnioittamiseen ja parhaimmillaan se tukee hoidettavan tunnetta oman elämänsä hallinnasta myös kuoleman lähestyessä. (Lipponen 2006, 22-25, 30-31.)

Onnistunut oirehoito tai oireiden hallinta, on myös laadukkaan ja kokonaisvaltaisen saattohoidon ydintekijä. On aiheellista varautua esimerkiksi tarvittavin lääkemääräyksiin mahdollisiin tuleviin oireisiin, jotta niitä voidaan sujuvasti lievittää, mikäli niitä ilmenee. (Poukka 2014, 22; Grönlund & Huhtinen 2011, 76; Korhonen & Poukka 2013, 440-441; Korhonen 2005, 215.) Hyvin iäkkään sekä etenevästä muistisairaudesta kärsivän ihmisen loppuvaiheen hoidossa tulee noudattaa samoja periaatteita, kuin muidenkin potilaiden palliatiivisessa hoidossa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, Sulkava 2006, 24).

Erilaiset mittaukset ja seurannat sekä tutkimukset ovat pääasiassa tarpeettomia, mutta oireita on arvioitava kliinisesti ja säännöllisesti, vaikka hoitamisen sisältö on entistä vähemmän varsinaisia hoitotoimenpiteitä (Poukka 2014, 22). Käypä Hoito -suosituksessa viitatus näytönastekatsauksen mukaan potilaiden kivun hoidosta on olemassa

kohtalainen tutkimusnäyttö (B), jonka johtopäätöksenä suositellaan kuolemassa olevien iäkkäiden potilaiden kivun aktiivisempaa hoitamista (Kuolevan potilaan oireiden hoito, 2012).

Annamäki (2008, 9) nostaa laadun lähtökohdaksi suunnitelmallisuuden. Iäkkään ihmisen hoitolinjasta on päätettävä hyvissä ajoin vakaassa tilanteessa, jotta päätöksentekotilanne ei jää kriisin hetkelle terveydentilan romahtaessa (Kohti parempaa vanhuutta 2012, 11). Samaa sanovat artikkelissaan Antikainen, Konttila, Virolainen ja Strandberg (2013, 909, 913) ja suunnitelmallisuuteen ohjaavat myös suositukset (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 32; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Hoitosuunnitelmia tehtäessä myös lähestyvistä kuolemasta on puhuttava avoimesti (Hyvä saattohoito suomessa 2010, 17). Hoitosuunnitelmien yksityiskohtainen dokumentointi ja sen määrittely, mitä linjauksella konkreettisesti rajataan, helpottaa kaikkia osapuolia ja tukee laadukasta hoitotyön toteutumista (Antikainen 2014, 28).

Hoito- ja palvelusuunnitelmaa luodaan yhteistyössä asiakkaan ja hänen läheistensä kanssa ja sitä tarkastetaan aina voinnin muuttuessa. Erityisesti muistisairauksista ja pitkäaikaissairauksista kärsivien ikääntyneiden henkilöiden elämän loppuvaiheen hoidosta tulee tehdä etukäteissuunnitelma (Antikainen ym. 2013, 914; Annamäki 2008, 9). Suunnitelma kuuluu tehdä osaksi tavanomaista hoito- ja palvelusuunnitelmaa, jotta välttyään epätarkoituksenmukaiselta ylihoitamiselta ja yksilölliset toiveet tulevat parhaiten noudatetuksi (Vanhuus ja hoidon etiikka 2008, 4, 13).

Korkeaan ikään ehtineen henkilön sairauksien edetessä joudutaan ottamaan kantaa hoitopaikkaan ja hoitotoimiin. Mikäli hän ei enää itse kykene asiaa käsittelemään, sitä pohditaan läheisten kanssa. Tilanne helpottuu, mikäli käytettävissä on aiemmin ilmaistu hoitotahto tai edes tieto siitä, kenet henkilö katsoo luottamuksensa arvoiseksi itseään koskevissa päätöksissä, eli nimennyt itselleen sijaispäättäjän. (Suhonen ym. 2008, 17; Vilka, Finne-Soveri, Heinola 2010, 50.; Hyvä saattohoito suomessa 2010, 18.) Hoitotahto on aina sitova tahdonilmaus jolla on lain suoja, eivätkä läheiset tai lääkäri saa ohittaa sitä, ellei voida perustella miksi oletetaan tahdon muuttuneen (Kokkonen 2014, 32).

Vaikka nimenomaista saattohoitopäätöstä ei olisi tarkoituksenmukaista tehdä, hoitolinjat on hyvä suunnitella etukäteen aivan elämän loppuvaiheeseen asti. Sitä varten käydään hoitoneuvotteluja ja osallistujat, keskustelun sisältö ja päätökset on kirjattava huolellisesti. Vuorovaikutuksessa tulee erityisesti kiinnittää huomiota siihen, että läheisille on annettava riittävästi tietoa ymmärrettävässä muodossa ja keskusteltava myös siitä, mitä on odotettavissa kuoleman lähestyessä, vaikka hetki ei olisi vielä ajankohtainen. Yleisimmät Valviraan (sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto) tehdyt kantelut saattohoitoa koskien moittivat huonoa tiedon kulkua ja hoitoneuvottelujen puuttumista, puutteellista kivunhoitoa ja erimielisyyksiä nestehoidossa. Vaikka asiaan perehtymättömillä voi ymmärrettävästi olla vääriä käsityksiä ja tiedonpuutetta esimerkiksi kipulääkkeistä ja niiden asianmukaisesta käytöstä, niin edelleen myös hoitohenkilökunnalla ja lääkäreillä on näissä asioissa tiedon puutetta sekä asennevaikeuksia. (Saattohoito 2013; Anttila 2011, 10-12; Saarelma 2008, 4560-4562.)

Eliniän odotteen kasvaessa myös elämän viimeisinä vuosina koettujen sairauksien ja vaivojen kirjo kasvaa, minkä voi odottaa lisäävän myös erilaisia oirehoidollisia tarpeita. Forma (2011, 12) on väitöskirjassaan todennut, että elämän päättymistä ennakoivien palvelujen tarpeen kasvaminen, eli tarpeiden lisääntyminen ei liity kronologiseen ikään vaan kuoleman lähestymiseen. Elämän loppuvaiheen lähestyminen on siis merkittävä palvelujen ja hoidon tarpeen määrittelijä. Kuitenkin vain osa kärsii oireista, joiden takia tarvitaan hoitoa varsinaisella saattohoitopaikalla (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 6). Asiantuntijat ja suositukset korostavatkin, että kuolemassa olevan ikääntyneen henkilön on parasta saada kuolla siellä, missä on siihen asti asunut ja saanut hoivaa (Sulkava 2006, 23; Suhonen ym. 2010, 19; Voutilainen 2010; Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 23; Grönlund & Huhtinen 2011, 92-95).

Työnjaolla tulee varmistaa sujuva ja laadukas saattohoitopolku eri toimintaympäristöissä ja se edellyttää tiivistä yhteistyötä ja asioiden valmistelua erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja muiden toimijoiden välillä (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 26, 34). Saattohoidon organisoimisesta vastaavat sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset. Saattohoidon kehitystä Suomessa koskevassa ETENE:n selvityksessä on

todettu, että ensisijaisesti saattohoito Suomessa toteutetaan terveyskeskuksissa, mutta sitä toteutetaan myös vanhainkodeissa ja muissa asumispalveluissa sekä kotona. Saattohoitosuunnitelmissa tavallisesti pyritään siihen, ettei potilasta tarvitse siirtää hoitopaikasta toiseen. (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 30; Saarto 2013, 381-382.) On kuitenkin epäselvää, miten tätä suunnitelman kirjausta toteutetaan.

Pelkästään suunnitelmien olemassaolo ilman seuranta- ja arviointia ei takaa laatua vaikka onkin kohtalainen lähtökohta (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 36). Ikääntyneitä ihmisiä hoidetaan kuolemaansa saakka samassa hoitopaikassa varsin vaihtelevasti. Tehostetusta palveluasumisesta siirtoja muualle tässä vaiheessa on enemmän kuin muista pitkäaikaishoidon palvelumuodoista ja eniten yksityiseltä sektorilta. (Forma ym. 2012, 9.)

Elämän loppuvaiheen hoidon laadun rakenteellisena taustatekijänä toimii mm. sellaiset ohjeet ja toimintamallit organisaatiossa on. On syytä pohtia, mikä merkitys hoitoa tarvitsevien tasavertaisuudelle on sillä, että saattohoito-ohjeita laaditaan Suomessa pääosin alueellisesti ja organisaatiokohtaisesti, vaikka pohjana käytetyt yleislinjat ovatkin kansallisia ja kansainvälisiä. Suunnitelmat eivät juuri ota kantaa eri-ikäisten saattohoidon kysymyksiin. Suunnitelmia laativia työryhmiä voidaan kritisoida näköalojen yksipuoleisuudesta työryhmien koostuessa pääasiassa lääkäreistä, vaikka saattohoito yleisesti määritellään moniammatilliseksi. (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 8, 18-19, 27, 33.) Saattohoidon käytäntö ja sen vaatimat järjestelyt eri toimintaympäristöissä ovat tavallisesti hoitotyön ammattilaisten ja palvelujen johdon vastuulla.

Viime vuosina myös kansainvälisesti on kiinnitetty enemmän huomiota elämän loppuvaiheen hoidon suunnitelmallisuuteen laatutekijänä. Niin sanottu ennakkoiva hoitosuunnitelma (advanced care planning) ja erilaiset määritellyt elämän loppuvaiheen hoitopolut (end-of-life care pathways) ovat nousseet maailmalla uudistamaan elämän loppuvaiheen hoitoa. Näyttää elämän loppuvaiheen hoidon parantamisesta hoitopolkujen avulla ei kuitenkaan ole saatu. Aihetta on tutkittu, mutta eettiset ja metodologiset kysymykset ovat nousseet liian haasteellisiksi, jotta tutkimusten yhteenvetona voitai-

siin muodostaa näyttö määriteltyjen hoitopolkujen eduista. Kuitenkin muista hoitopoluista tehdyissä näytönastearvioinneissa on todettu, että määritellyt hoitopolut ovat merkittävästi parantaneet hoidon tasoa. (Chan & Webster 2011, 1-7.) Saarto (2013, 381-382) arvioi artikkelissaan, että Suomessa tilanne on sairaanhoitopiireittäin vaihteleva ja EAPC:n (European association of Palliative Care) antamien suositusten toteuttaminen on vielä kansallisella tasolla kesken.

2.4 Ympärivuorokautinen palveluasuminen hoitoympäristönä

Palveluasuminen sisältää sekä asumisen vuokrasopimuksella että siihen kiinteästi liittyvät hoitopalvelut ja muut päivittäisen elämän vaatimat tukipalvelut. Tehostettu palveluasuminen tarkoittaa, että henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 67.) Tehostetun palveluasumisen yksikkö eroaa laitoshoidosta siten, että Kela on hyväksynyt sen avohoidon yksiköksi, jossa asiakas maksaa erikseen asumisesta ja tarvitsemistaan palveluista (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 52; Forma ym. 2012, 14).

Palveluasumista tuotetaan julkisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorin toimesta. Vuonna 2010 julkaistun tutkimustuloksen mukaan yritykset ja järjestöt tuottavat lähinnä dementiayksikköpalveluja ja julkisten palvelujen on vastattava vaihtelevampaan kysyntään. (Sinervo ym. 2010, 5.) Palveluasumiselle ei ole olemassa virallista määritelmää (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008, 52). Kirjallisuudessa useat lähteet määrittelevät tehostetun palveluasumisen olevan pitkäaikaishoitoa (ks. Forma ym. 2012, 13), eikä käsitteistö ole yhtenäistä.

2000 – luvun alusta eri laitoshoidon muotojen käyttö pitkäaikaisissa hoitojärjestelyissä on vähentynyt ja tehostetun palveluasumisen määrä lisääntynyt, koska palveluasuminen on palvelujen järjestämistapana kunnille edullisempi tapa (Forma ym. 2012, 9). Yhteisten resurssien käytössä käytetään päätösvaltaa, joka vaikuttaa suoraan käytännön toteutuksiin, sisältöön ja laajuuteen. Kriteerit, erityisesti maksuvelvoitteiden ja kaantuminen, osoittaa käytännössä asioiden tärkeysjärjestyksen, joka on ikääntyneen

väestön palvelujen järjestämisessä myös eettinen kysymys. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta. 2011, 25.)

Muistisairauden eteneminen on yleisin syy todeta kotihoito riittämättömäksi. Hoitokäytännöt vaikuttavat erityisesti muistisairaiden ihmisten hoidon yhteiskunnallisesti merkittäviin kustannuksiin. Vähäinenkin muutos hoitokäytännöissä voi merkittävästi alentaa kustannuksia ja edistää muistipotilaiden elämänlaatua. Ikääntyneen väestön ympärivuorokautisen hoidon järjestämisessä korostuu muistisairauksien hoidon osaminen yhtenä keskeisenä laatutekijänä. (Suhonen ym. 2008, 9, 18.) Ennusteiden mukaan muistisairauksien esiintyvyyden määrä ja merkitys tulevat vielä kasvamaan ikääntyneen väestön palvelujärjestelmissä (Forma ym. 2012, 12).

Ympärivuorokautisen hoidon korkeatasoinen laatu sisältää hyvän elämän- ja kuolemanlaadun. Yhtenä keinona tämän päämäärän saavuttamiseen on hyvä palliatiivinen hoito ja saattohoito. Palvelun tuottamisen tavat, eli kunnalliset linjaukset ja strategiset valinnat, sekä ammattitaitoinen henkilöstö, ovat hyvän hoidon edellytyksiä. Muistisairaille henkilöille laadulla on erityistä merkitystä. Palvelujärjestelmän tapa siirrellä ihmisiä heidän tarpeittensa muuttuessa on puolestaan osoitus palveluketjujen toimimattomuudesta. (Voutilainen, 2010.) Ihmisen viimeiset elinvuodet näyttäytyvät tutkitusti hoidon tarpeen ja palvelujen käytön kannalta varsin erilaisina verrattuna aiempiin elämän vaiheisiin, kun sekä palvelujen käyttö että tarve lisääntyvät kuoleman lähestyessä iästä riippumatta (Forma ym. 2012, 12).

Hoivakotityyppinen ympäristö on todettu hyväksi hoitoympäristöksi kuolemassa olevalle muistisairaalle henkilölle, sillä hoidon laadun kannalta juuri tuttu ympäristö ja hoitotiimi ovat tärkeitä. Kuitenkin edellytyksenä hoidon toteutumiseen laadukkaana elämän loppuvaiheessa on, että käytössä on tarvittava välineistö, keinot ja sovitut hoitolinjat sekä riittävästi asiantuntemusta. Usein monella tavalla sairaan ikääntyneen henkilön elämän loppuvaiheeseen voi liittyä myös varsin haasteellisia oireita. (Poukka 2014, 22-24; Antikainen ym. 2013, 911,914.)

Ikääntyneen väestön pitkäaikaisten hoitojärjestelyjen toteutuksessa tulee olla riittävä osaaminen kuolevan hoitamisesta, jotta tarpeettomia siirtoja hoitopaikkojen välillä

voidaan välttää (Kohti parempaa vanhuutta. 2012, 11-13). Poukan (2014, 24) ja Strandbergin (2014, 20-21) mukaan riittävä osaaminen ja konsultaatiomahdollisuuden järjestäminen tarpeettomien hoitopaikan vaihdosten ehkäisemiseksi on edelleen ikääntyneen väestön palvelujen kehityshaaste.

Palliativisen hoidon kehittäminen laadukkaaksi ja vaikuttavaksi on mahdollista myös erilaisissa toimintaympäristöissä, joissa sen tarkoitus on auttaa ihmisiä elämään mahdollisimman täyttä elämää sen loppuun saakka sekä tukea heidän läheisiään prosessissa. Yhdysvalloissa on saatu lupaavia tuloksia palliativisen hoidon kehittymisestä erilaisilla interventioilla ikääntyneen väestön hoivakodeissa. (Hall, Koliakou, Petkova, Froggatt, Higginson 2011, 2, 10-11.) Yleistettävyyden kannalta on kuitenkin tärkeää muistaa varsin erilainen sosiaaliturvarakenne. Suomessa on todettu paikallisten saattohoito-ohjeiden parantavan hoidon laatua (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 4).

Jyväskylän vanhus- ja vammaispalveluissa palveluasumisen sekä laitoshoidoksi määritellyn pitkäaikaishoidon yhteisenä toimialueena on ympärivuorokautinen asuminen ja hoiva (Vanhemman ihmisen palveluopas 2013, 24-25). Palvelulinjauksissa varaudutaan tarjoamaan laitoshoidon ja palveluasumista yli 75 –vuotiaille suosituksen mukaisesti (Palvelulinjaukset 2013-2016, 10). Jyväskylän kaupungissa vanhusten asumisen lähtökohta on asua omassa kodissa kotiin tuotavien palvelujen avulla. Palveluasumista tai pitkäaikaishoidon ei katsota kotona asumisen vaihtoehtoksi, vaan ne tulevat harkintaan vasta kun kotona asuminen ei ole enää toimiva ratkaisu. Yksilöllisen ratkaisun tekee moniammatillinen SAS – työryhmä (selvitä-arvioi-sijoita) palvelutarpeen arvioinnin kautta, palveluihin ei enää itse haeta. Palveluasumista tuotetaan omana toimintana, sekä järjestetään ostopalveluna ja palvelusetelillä. (Asuminen 2013; Vanhemman ihmisen palveluopas 2013, 24).

Tavoitteena Jyväskylän vanhuspalveluissa on laadukkaan hoidon ja hoivan tuottaminen ikääntyneille ja pitkäaikaissairaille asukkaille (Kehittäminen ja laatu 2014). Vanhus- ja vammaispalvelujen palvelukokonaisuuden pääprosesseja ovat toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistäminen, kotona asumisen tukeminen ja ympärivuorokautinen asuminen ja hoito. Ympärivuorokautisen asumisen ja hoidon palveluissa elämänlaatu,

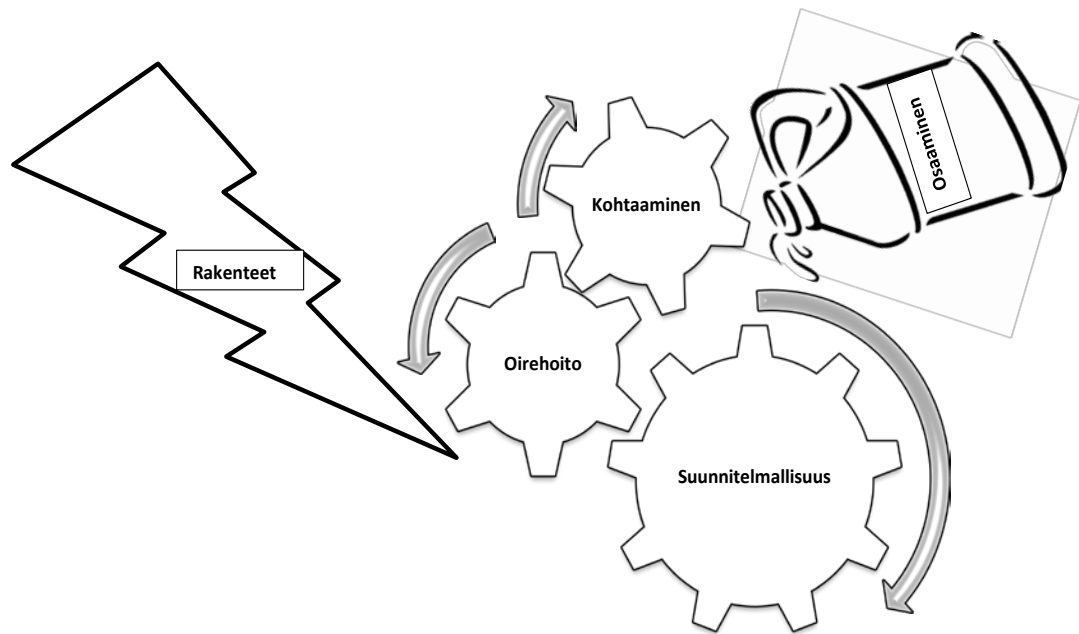
toimintakyky ja terveys pyritään säilyttämään ja tukemaan niitä voimavaralähtöisesti siten, että hoito on suositusten mukaista, yksilöllistä ja mahdollistaa virikkeellisen ja toimintakykyä tukevan arjen. (Jyväskylän kaupungin talousarvio 2014, 91-92.) Strategisia päätavoitteita ovat asiakaslähtöisyys, oikea-aikaisuus, yksilöllisyys, hyvä kohtelu ja kohtaaminen, laadukkaat palvelut, sujuva hoitoketju ja toimivat prosessit. Lisäksi strategisia päätavoitteita ovat motivoituneet, osaavat ja hyvinvoivat työntekijät, esimiestyön osallistavuus ja kannustavuus sekä tarkoituksenmukaiset, käytännölliset tilat. (Saarman 2014.)

2.5 Yhteenveto elämän loppuvaiheen hoidon laatutekijöistä

Tarkasteltaessa saattohoidon laatutekijöitä, tärkeimmäksi nousee kuolemassa olevan yksilön hyvinvoinnin näkökulma (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 6; Grönlund & Huhtinen 2011, 18, 29). Elämän loppuvaiheessa kaiken annettavan hoidon ja hoivan on toteuduttava yksilöllisen hyvinvoinnin näkökulman kautta toimintaympäristöstä riippumatta. Saattohoitosuosituksessa (LIITE 1) korostuvat ihmisarvo, inhimillisyys ja itsemääräämisoikeus, joiden toteutuminen edellyttää osaamisen ja työhyvinvoinnin edistämistä (Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 3).

Yhteenvetona voidaan todeta, että edellä mainitun lisäksi laatu koostuu monista ulottuvuuksista eli henkisen, fyysisen ja hengellisen kärsimyksen tunnistamisesta ja lievittämisestä, kohtaamisesta ja vuorovaikutuksesta, yhteistyöstä ja viestinnästä läheisten kanssa ja osaajaverkostoissa sekä elämänlaadun kokonaisuuden eri ulottuvuuksista. Kuitenkin tiivistäen ja kaikki edellä esitetty yhteen vetäen voidaan nähdä, että elämän loppuvaiheen hoidon laatu kiteytyy lopulta varsin yksinkertaisiin tekijöihin, jotka ovat keskeisiä ja niiden optimaalinen yhteistoiminta (esitetty vertauskuvallisesti kuviossa 1) yksilöllisessä tilanteessa tuottaa yksilöllistä hyvinvointia elämän loppuvaiheessa.

Keskeisiksi tekijöiksi kirjallisuuden perusteella nousivat suunnitelmallisuus, onnistunut oirehoito ja kohtaaminen, mutta niiden onnistumiseen olennaisesti vaikuttavat rakenteet ja osaaminen. On loogista, että jos jokin näistä keskeisistä tekijöistä pettää, laatu kärsii. Keskeiset tekijät toimivat kokoavina määritteinä hienojakoisemmille laadun osatekijöille.



Kuvio 1: Elämän loppuvaiheen hoidon laadun mekanismi

Laatu-ulottuvuuksista korostetusti esille nousee **suunnitelmallisuus**, jolla pyritään turvaamaan onnistunut yksilöllinen kokonaishoito ja välttämään tarpeetonta sekä turvaamaan kuolevan oman tahdon toteutuminen. Merkittävä laatutekijä on aito **kohtaaminen** vuorovaikutuksessa. **Oirehoidon onnistuminen** yhtä tärkeää, sillä vaivojen ja kärsimyksen kuormitus voi estää kokonaan muiden auttamiskeinojen vaikutuksen. Tärkeimmät tekijät koskettavat myös kuolevan ihmisen lähipiiriä. Suunnitelmallisuuden, kohtaamisen ja oirehoidon toteutus on kiinni myös hoitajan **osaamisesta ja ammattitaidosta**. Suunnitelmallisuus, kohtaaminen ja osaaminen sisältävät myös onnistuneen viestinnän ja tiedonkulun avaimet.

Kuitenkin osaamisen laajuutta ja sen käyttämistä määrittelevät myös **rakenteet**, joiden avulla osaamisen käyttöön ja yhteistyöhön esimerkiksi oirehoidon toteuttamisessa

voidaan antaa mahdollisuus tai rajata sitä. Toimintatapojen, ohjeistusten ja osaamisen vahvistamisen kautta voidaan vaikuttaa kaikkien hoitoon osallistuvien ammattiryhmien mahdollisuuksiin tehdä laadukasta työtä. Niillä vaikutetaan myös elämän loppuvaiheen hoidon onnistumisessa tärkeään tiedonkulkuun. Rakenteet, käytännössä siis myös palvelujärjestelmän toimintakulttuuri, tarkoittavat erityisesti sitä, miten palvelujärjestelmä kykenee vastaamaan kuolevan tarpeisiin: millaiset resurssit, ohjeistukset ja näyttöön perustuvat käytännöt organisaatiossa vallitsevat, miten joustavasti eri toimintaympäristöt voivat reagoida muuttuviin tarpeisiin ja kuinka henkilöstöä tuetaan sen tehtävässä esimerkiksi koulutuksella. Saattohoidon laadun - ja kehittämisen - pohja on yhteisessä osaamisessa (Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009, 2012 - suunnitelmat ja toteutus. 2012, 34). Siksi rakenteet voidaan nähdä laatua tuottavan mekanismin käyttövoimana ja osaaminen sen voiteluaineena.

2.6 Työhyvinvointi ja työn laatu vuorovaikutuksessa

2.6.1 Työhyvinvoinnin perustekijät ja erityispiirteet hoitoalalla

Suosituksien mukaan on selvää, että laadun olennainen taustavaikuttaja on työhyvinvointi (Hyvän saattohoidon suositukset 2011). Työyhteisöissä on järjestettävä työnohjausta ja niiden on oltava riittävän toimivia, jotta niissä kyetään tuottamaan asianmukaista hoitoa (Korhonen & Poukka 2013, 445; Grönlund & Huhtinen 2011, 113, 200-204).

Hyvinvoivassa työyhteisössä arvostetaan jokaisen työpanosta ja osaamista sekä edistetään jokaisen mahdollisuuksia kehittää itseään, ilmapiiri on eteenpäin katsova ja kannustava, ongelmista käydään ratkaisukeskeistä keskustelua ja viestintä toimii kaikkiin suuntiin (Työyhteisön työhyvinvointi, 2013). Yhdessä toimiminen ja avoin keskustelukulttuuri ovat toimivan työyhteisön perusta, jonka lisäksi pitää olla yhteisesti hyväksytyt tavoitteet. Työ on koettava niin tärkeäksi, että yhdessä pyritään pääsemään parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. (Sinervo ym. 2010, 33.)

Ihmisten kyky työskennellä yhdessä yhteistä päämäärää kohti (vuorovaikutus) on työyhteisön toimivuuden ja kehityksen edellytys (Multanen, Bredenberg, Koskensalmi, Lauttio ja Pahkin 2004, 73). Työ on tiimin, työyhteisön ja organisaation yhteinen aikaansaannos, jossa harvoin yksilö voi suoriutua yksin (Ojala 2008, 47). Hyvään yhteishenkeen vaikuttaa avoimuus. Myönteisen ilmapiirin perusta on hyväksyminen ja keskinäinen arvostus. Tunne tasa-arvoisesta kohtelusta ja kuulluksi tulemisesta ovat hyvän ilmapiirin keskeisiä tekijöitä. (Jääskeläinen 2013, 110.)

Osaaminen on merkityksellinen työhyvinvoinnin tekijä, koska työssä viihtyminen on suoraan sidoksissa tunteeseen työn hallittavuudesta (Ojala 2008, 26). Osaaminen ei kuitenkaan ole ainoa tekijä, jonka avulla työ on hallittavissa. Jos työtehtäviä tai häiriöitä työssä on liikaa, työn hallinta ei riipu enää osaamisen määrästä.

Työhyvinvoinnin lähtökohtana on pidettävä perustehtävää (Jääskeläinen 2013, 149). Samaan johtopäätökseen on päätenyt Suomen Lähi- ja perushoitajaliitto SuPer (2012, 47) selvityksessään lähi- ja perushoitajien työhyvinvoinnista: perustehtävän ja arvojen määrittelyä seuraa yhteisten toimintaperiaatteiden sopiminen, joka selkiyttää toimintaa ja tukee yhteisöllisyyttä. Jääskeläinen (2013) määrittelee työhyvinvoinnille perusrakenteet, joilla on keskeinen merkitys. Perusrakenteet ovat 8 tekijää, jotka mahdollistavat onnistumisen perustehtävässä: tiedostettu perustehtävä, arvostus, työntekijöiden määrä suhteessa asiakkaisiin ja työnjako, tilat, välineet, työsuhteen laatu ja johtaminen. (Mts. 105-106.)

Keskeistä hoitajien työhyvinvoinnille on työn mielekkäänä kokeminen ja työn kohdessa onnistuminen. Se taas edellyttää, että työkäytännöt eivät ole ristiriidassa hoitajan oman eettisen arvomaailman kanssa. Lisäksi yhteisöllisyys ja sukupolvien erilaisen työorientaation huomioiminen edistävät hoitajien työhyvinvointia. Hoitotyössä se, että työ on mahdollista tehdä tasokkaasti ja työelämässä on vahva yhteisöllinen ulottuvuus, ovat konkreettisia työhyvinvoinnin tekijöitä. (Utriainen ym. 2011, 29, 33; Jääskeläinen 2013, 24.)

Työyhteisön eettinen kulttuuri on avainasemassa sekä työhyvinvoinnin että hoidon laadun suhteen. Eettinen kuormitus eli heikot edellytykset toimia eettisesti oikein ja

siitä aiheutuneet ristiriidat heikentävät työhyvinvointia, jolloin eettinen stressi voi ajaa uupumukseen. (Kuokkanen 2012, 64, 68-69.)

Työnteon mielekkyys tarkoittaa työssä onnistumisen ja merkityksellisyyden kokemuksia. Onnistumisen kokemus on subjektiivinen ja sen syntymiseen vaikuttavat työn sujuvuus ja toimintatavat. Näihin voidaan vaikuttaa yksilötekijöiden lisäksi työyhteisön yhteisellä toiminnalla. Työntekijän kuormituksen lisääntyminen uhkaa mahdollisuutta tehdä työ hyvin ja se heikentää kokemusta mielekkyydestä. (Jääskeläinen 2013, 24-27.)

Kuormitus voidaan nähdä työn sisältöön ja organisointiin liittyvinä tekijöinä, tavoitteen selkeytenä ja fyysisenä kuormituksena. Esimerkiksi työn sisällössä kuormittavat asiakassuhteet ja organisointiin liittyen kuormitus on työn vaatimuksia, kuten työmäärä suhteessa aikaan. Tavoitteista tuleva kuormitus kasvaa, jos odotukset tai yhteiset toimintatavat ovat epäselviä. Fyysisiä rasitustekijöitä ovat ergonomiaan liittyvien lisäksi ympäristötekijät (melu, ahtaus, sisäilma) tai työvälineiden puute. (Sinervo ym. 2010, 32-33.)

Hoitotyön toimintaympäristöissä työhyvinvoinnin koetaan heikentyvän myös silloin, kun asiakkaiden hoidollinen vaativuus ylittää sen, mihin optimaalisesti kyetään vastaamaan. Asiakasmäärään suhteutettu työntekijöiden määrä ja työprosessien sujuvuus linkittyvät mahdollisuuteen onnistua työssä. Myös työtilojen viihtyvyys ja käytännöllisyys, työvälineet ja niiden käytön osaaminen ja työvuorosunnittelu vaikuttavat työn sujuvuuden kautta onnistumisen tunteeseen. Tunne työn sujumisesta edellyttää työn sopivaa aikatauluttamista ja sitä, että saa tehtyä työnsä loppuun. Yhteistyö vaatii hyvää ilmapiiriä ja yhteishenkeä. Ilmapiiri voi heikentyä liiallisesta häiriökuormituksesta, joka tarkoittaa ristiriitoja toimintajärjestelmässä ja on siksi subjektiivinen ja tilannesidonnainen kokemus. (Jääskeläinen 2013, 109-111, 150-151, 159.)

Hoitohenkilökunnan työssä voimaantumisen tiedetään, että voimaantumisen edellytyksenä on paitsi toimiva organisaatio, myös henkilökohtaisia ja yhteisöllisiä voimavaroja (Mahlakaarto 2010, 184). Analyysi hoitohenkilökunnan työssä voimaantumisen edellytyksistä ei kuitenkaan kykene vastaamaan kysymykseen, millainen merkitys

työyhteisöjen yhteisillä työfoorumeilla on (Homan-Helenius & Aho 2010, 12,18). Muista samansuuntaisia ilmiöitä koskevista tuloksista voidaan kuitenkin vetää johtopäätöksiä, etteivät ne ole merkityksettömiä (ks. esim. Utriainen ym. 2011, 31; Jääskeläinen 2013, 109, 115). Voimavarojen ja hyvinvoinnin tukeminen edellyttää työskentelyä organisaatio-, työyhteisö- ja yksilötasolla paitsi rakenteellisessa, myös sosiaalisessa ja psyykkisessä verkostossa (Mahlakaarto 2010, 187).

Hoitohenkilöstön työhyvinvointi ja suhtautuminen työhönsä on hyvin riippuvainen johtamisesta ja sen tavoista. Ilmiö ei ole yksiselitteinen, mutta sen merkitys on keskeinen. Vaikka tasapuolisuus ja oikeudenmukaisuus ovat työhyvinvointia tukevan johtamisen vaatimuksia, myös johtamisen on hyvä olla jossain määrin yksilöllistä. (Kanste 2011, 34.)

Johtamistavat voivat altistaa kauaskantoisille ja negatiivisille ilmiöille. Työhyvinvointia ja luovuutta tukevan työympäristön ja työpaikkakulttuurin luomisessa johdolla on merkittävä rooli. Huomattavaa on, että johdon toimintatavat saattavat heijastua aina asiakkaan kohtaamiseen asti. (Jääskeläinen 2013, 109; Kanste 2011, 30, 33.)

Johtaminen vaikuttaa suoraan siihen, miten voimavaroja käytetään, miten henkilöstö kokee työnsä ja millainen henki työyhteisössä on. Johtamisessa tärkeää on päätösten perusteleminen tiedon lisäksi eettisillä perusteilla. Eettisyyden toteutumiseen ei riitä sen visiointi ja epäjohtonmukainen toiminta laukaisee epäeettisyyden leviämisen. Esimiesten on myös oltava selvillä työyhteisön eettisestä ilmapiiristä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon eettinen perusta. 2011, 26-27,30.) Hoitotyön johtajilla on vastuu ja valta eettisen osaamisen ja eettisen ilmapiirin hallinnasta. Jatkuvan keskustelun ohella eettisen ilmaston hallintakeinoina ovat palaute, mahdollistaminen (esim. tiedonsaanti ja osallistumismahdollisuudet), arviointi, perehdytys ja kehityskeskustelut. (Poikkeus & Leino-Kilpi 2012, 90-93.)

2.6.2 Muutostilanteen erityispiirteet työhyvinvoinnin turvaamisessa

Muutoksen vaikutus työhyvinvointiin on hyvin monimuotoinen (Pahkin, Mattila-Holappa, Nielsen, Noortje, Widerszal-Bazyl, de Jong, Mockallo 2011, 10). Muutos tarkoittaa tässä yhteydessä organisaation sisäistä rakenteiden uudelleen järjestelyä, jonka seuraukset ovat yksittäistä työtapaa laajempia toiminnallisia muutoksia (Multanen ym. 2004, 5).

Työympäristöt muuttuvat ja työn sisältö muuttuu mm. organisaatiouudistusten, lain-säädännön ja suositusten ja tehtävien ja rakenteiden uudelleen järjestelyjen seurauksena. Muutos on mahdollisuus, mutta se koetaan usein myös uhkana ja usein se vaikeuttaa arkityötä esimerkiksi epäselvinä toimintatapoina (Jokinen & Salminen 2010, 276-277).

Organisaatiomuutos on aina merkittävä haaste työn päivittäiselle sujuvuudelle. Muutostilanteen aikana toiminnan sujuminen vaikeutuu ja epävarmuus lisääntyy. (Pahkin ym. 2011, 5, 8, 12; Jääskeläinen 2013, 113.) Organisaation sisäinen muutos voi olla esimerkiksi osastojen yhdistäminen, jolloin yhteiselle kehittämistoiminnalle on selkeä tilaus. Muutosten onnistumista voidaan tukea työyhteisöjen ja työhyvinvoinnin kehittämisellä. (Multanen ym. 2004, 12.)

Onnistuneet toimet työntekijöiden hyvinvoinnin vahvistamiseen organisaation muutoksen aikana ovat toimenpiteitä, jotka varmistavat työn vaatimusten pysymisen kohtuullisena, parantavat ilmapiiriä, edistävät ymmärrystä muutoksen tarpeesta ja tähdistäimestä ja kehittävät yksilöiden ja yhteisöjen voimavaroja. Niillä myös vähennetään altistumista muutoksen negatiivisille vaikutuksille. (Pahkin ym. 2011, 27.)

Muutosprosessin onnistunut kulku edistää työhyvinvointia ja sen kriittisin kohta on aloitus (Jääskeläinen 2013, 106, 111). Jo ensimmäinen ilmoitus tulevasta aiheuttaa tunnetason reaktioita, jotka jatkuvat koko prosessin ajan, joten hyvä valmistautuminen on tärkeää kielteisten kokemusten vähentämiseksi (Pahkin ym. 2011, 9, 12).

Työelämää hallitsee jatkuva muutos ja laajenevat vaatimukset. Muutos koskettaa identiteettiä ammatillisesti, persoonallisesti ja sosiaalisesti. Yksilön tietoisuus siitä, kuka ja missä on ja visio itsestään tulevaisuudessa on hyvinvoinnin edellytys, jolloin muutos haastaa identiteetin. Työssä selviytymisen edellytys on itsen paikantaminen ja määrittely. Muutostilanteessa tasapaino entisen ja uuden välillä on olennaisen tärkeää: turvaton muutos hajottaa ja etäännyttää ihmisen itsestään, millä on hyvinvointia heikentäviä seurauksia. (Mahlakaarto 2010, 175-178, 181.)

Sekä työntekijän että työryhmän avoimuus muutokselle ja reagointi vaihtelevat. Jokainen on kuitenkin siinä mukana sekä rationaalisella että emotionaalisella tasolla. Olennaista muutoksen onnistumisessa on varmistaa, että työntekijät voivat hyvin ja keskeiset tavoitteet kyetään saavuttamaan. Kansainvälisessä tutkimuksessa on löydetty yhdistäviä tekijöitä muutostilanteiden vaikutuksista työhyvinvointiin. Usein vaikutus on negatiivinen, mikä johtuu pääasiassa epävarmuuden tunteen lisääntymisestä. Epävarmuuden kokemukselta suojelevat työryhmän tuki, mahdollisuus itsenäisyyden säilyttämiseen työsuorituksessa, mahdollisuus vaikuttaa ja luottamus omaan osaamiseen. (Pahkin ym. 2011, 5-9, 12.)

Tilanteessa, jossa koko tähänastinen työn tekemisen konteksti muuttuu, vaaditaan myös paljon uusien asioiden oppimista, tai uudenlaista soveltamista muuttuneeseen toimintaympäristöön. Helpompaa oppiminen on kun sillä on oppijalle merkitys, jota varten vaaditaan järkiperaisesti perusteltu tarve sekä emotionaalinen sitoutuminen. Muutostilanteessa on helppo ja luonnollinen tilanne päivittää tietoja ja taitoja, mutta asenteiden ja arvojen muuttaminen on vaikeaa. Työn ja työtapojen muuttuminen luo toimialasta riippumatta osaamishaasteita, sillä organisaatiomuutokset tavallisesti laajentavat yksittäisten työntekijöiden tehtäviä. (Ojala 2008, 112, 129, 134, 259; Pahkin ym. 2011, 21.)

Pahkin ym. (2011) osoittavat, että hyvin hoidetusta muutosprosessista on löydetty tiettyjä avaintekijöitä, joiden avulla muutos viedään läpi mahdollisimman terveellä tavalla. Avaintekijöitä ovat viestintä, osallisuus ja tuen saatavuus muutoksen aikana ja avaintekijöiden tulee konkretisoitua yksilö-, ryhmä-, johto- ja organisaatiotasolla. (Mts. 14-27.)



Kuvio 2 : Mielekkään muutosprosessin avaintekijät. (Pahkin ym. 2011, 14)

Liian heikko tiedottaminen etenkin muutoksen alussa koetaan työhyvinvointia uhkaavana (Jääskeläinen 2013, 111). Viestinnän tehtävä onkin mahdollistaa dialogi johdon ja työntekijöiden välillä, joten sen on oltava kaksisuuntaista ja avointa. Osallistuminen on mahdollisuutta vaikuttaa ja osallistumisen tarkoitus on saada organisaatio tuntemaan muutos omakseen. Tuki on esimerkiksi koulutusta uusista työtehtävistä. (Pahkin ym. 2011, 15.) Jääskeläisen (2013, 158) tutkimuksessa nousi esille, että työn kohteen yhteinen määrittely tuki muutoksessa olevia työyhteisöjä uuden yhteisen toiminnan suunnittelussa.

Yksilöiden kannalta viestiminen lisää turvallisuudentunnetta ja sen tarkoitus on varmistaa realistinen käsitys tulevaisuudesta sekä selkiyttää rooleja. Osallisuus tarkoittaa mahdollisuutta vaikuttaa omaan rooliin muutoksen jälkeen ja tukitoimien päämäärä on voimaannuttaa, kartoittaa osaaminen ja kehittymistarpeet. Ryhmätasolla viestinnän tehtävä on päästä purkamaan huolia ja tunteita ja osallistumisessa tärkeää on arvioida koko työryhmän ja sen tulevien roolien ja tehtävien yhteensopivuus. Tukea voi antaa työryhmätukena mahdollistamalla esimerkiksi siirtymärituaaleja tai muuta sosiaalisuuden tukemista. (Pahkin ym. 2011, 18, 20-22.)

Organisaatiotasolla viestintä vaatii tiedonkulkua kahteen suuntaan. Osallistuminen tarkoittaa keskijohdon valtauttamista: sillä tulee olla oikeus tehdä päätöksiä ja varmistaa, että ihmiset otetaan huomioon. Keskijohto on linkki työntekijöiden ja hallinnon välissä, vaatimukset ovat kovat ja tuen tarve on suuri. Ennakointi on paras tapa varmistaa tuen saatavuus ja sopivuus. (Pahkin ym. 2011, 19-21, 23.)

Aktiivinen ja tietoinen ennakointi on hyödyllistä kaikilla tasoilla, kun se keskittyy pohtimaan eri toimintatapojen ja ratkaisujen seurauksia, on ratkaisukeskeistä ja ennakkointien avulla asetetaan tavoitteita, jotka tähtäävät paremman tulevaisuuden visioon

(Jääskeläinen 2013, 46). Erityistä huomiota olisi kiinnitettävä juuri esimiesten tarvitsemaan tukeen koska heidän roolinsa on äärimmäisen monijakoinen sekä tekijänä että kohteena. Ratkaisevan tärkeää on viestintä ylempää keskijohdolle. Esimiesten työkuormituksen hallintaan ja tarkkailuun tulee erityisesti kiinnittää huomiota. (Pahkin ym. 2011, 15, 18, 20, 23.)

Muutoksesta puhuttaessa ei voi välttää puhumasta muutosvastarinnasta. Ilmiönä ja terminä muutosvastarinta on saanut ikävän sävyn ja merkityksen. Tästä johtuen muutosvastarintaa usein yritetään kukistaa ja vähätellä kaikin keinoin, vaikka Multasen ym. (2004) mukaan muutosvastarinta tulee tunnistaa ja sen olemassaolo ymmärtää ja hyväksyä: erilaiset tunteet, mielipiteet ja näkökulmat täytyy käsitellä prosessin joka vaiheessa. Eteenpäin päästään vain, jos muutokseen liittyvät epäilyt on aidosti käsitelty, sillä muutokseen sitoudutaan vain, jos sitä pidetään järkevänä. (Mts. 44-45.)

Muutosvastarinta on myös luonnollinen reaktio tilanteeseen, jossa ei ole annettu riittävästi tietoa syistä ja seurauksista (Ojala 2008, 71). Muutosvastarinnan taustalla on pelko: tavoite voi olla suuri eikä sen saavuttamiseen ole tarvittavaa osaamista. Muutosvastarinta voi ilmetä pelkoina hyvin toimivan työyhteisön heikkenemisestä ja lisääntyvästä byrokratiasta, huolina laadusta ja asiakkaista tai työn sisällön köyhtymisestä, vähenevänä kiinnostuksena, kiireen lisääntymisenä, syntipukkien etsimisenä, poissaoloina, systemaattisina väärinymmärtämisinä, tekemisen jarruttamisena ja ylipäätän tunneperäisinä reaktioina, kuten yllättäen myös lähes hurmoshenkisesti liioitellun positiivisena yksimielisyytenä (Multanen ym. 2004, 43-44).

3 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tavoitteena on edistää suositusten mukaisen ja näyttöön perustuvan elämän loppuvaiheen hoitokäytännön muodostumista palveluasumisen toimintaympäristössä. Kehittämistyön **päämäärä** on elämän loppuvaiheen hoidon laadun turvaaminen toimintaympäristön muutoksessa ja työyhteisön tukeminen kuluttavassa muutostilanteessa. **Tarkoitus** on tuottaa elämän loppuvaiheen hoidon laadun turvaava työyhteisön itse muotoilema yhteinen näkemys siitä, miten toimimalla varmistetaan laadun ulottuvuuksien toteutuminen muuttuvassa toimintaympäristössä sekä kehittämistyön arviointia ja jatkokehittämistä varten kuvata hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä hoidon laadusta ja toimintaympäristön muutoksesta elämän loppuvaiheen hoidon näkökulmasta.

Tutkimustehtävä on selvittää hoitotyön ammattilaisten näkemys elämän loppuvaiheen hoidon laadusta toimintaympäristön muutoksen yhteydessä eli kuvata elämän loppuvaiheen hoidon laatua toimintaympäristön muuttuessa hoitotyön ammattilaisten kertomana. Tulosten pohjalta arvioidaan kehittämistyön onnistumista ja tarkastellaan toimintaympäristön muutoksen yhteyttä koettuun hoidon laatuun sekä kirkastetaan jatkokehitystarpeita.

Tutkimustehtävässä selvitetään

- Millainen on työyhteisön yhteinen näkemys elämän loppuvaiheen hoitotyön laadun toteutumiseen tarvittavista yhteisistä toimintatavoista?
- Miten hoitotyön ammattilaiset kuvaavat elämän loppuvaiheen hoitoa ja sen laatua omassa työssään ennen ja jälkeen organisaatiomuutoksen?

4 Opinnäytetyön toteutus

Opinnäytetyössä on kaksi osaa, jotka muodostavat kokonaisuuden. Kehittämistehtävä vastaa tarpeeseen laadun jatkuvuuden turvaamisesta muutostilanteessa ja laadullisen tutkimuksen menetelmiä hyödyntävä kehittämisen arviointi samalla myös antaa äänen hoitotyön ammattilaisille.

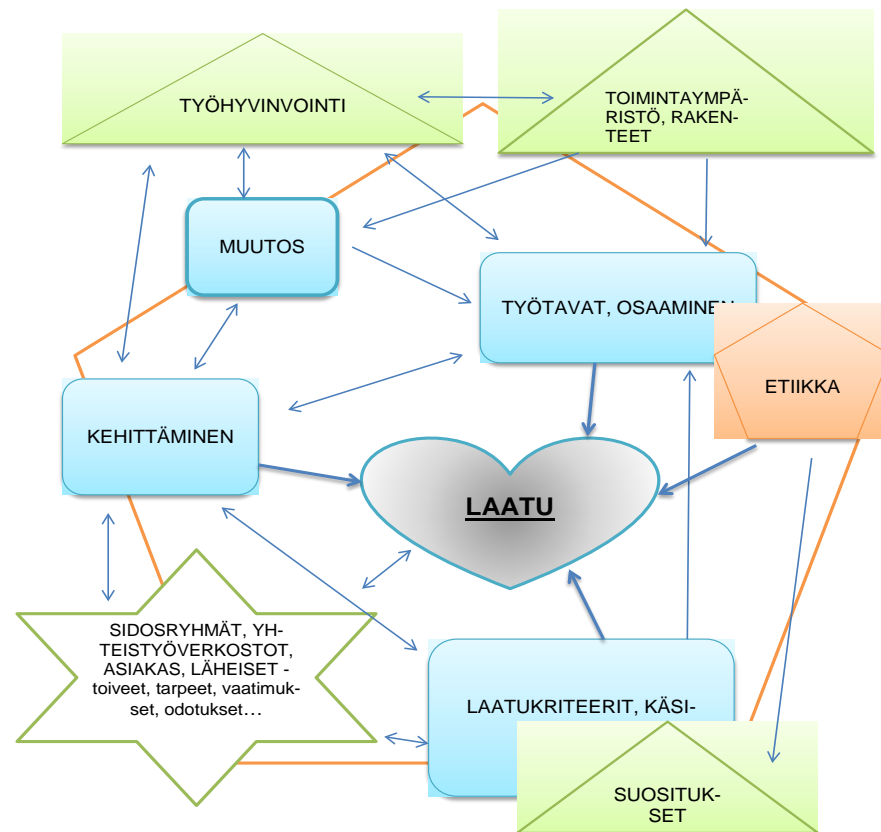
OSA	SOVELLUS	MERKITYS / TEHTÄVÄ
KEHITTÄMISTYÖ	Ryhmäkeskustelut	Tuottaa aineisto analyysiin > aineistonkeruumenetelmä ja kehittämismenetelmän sovellus. Laajentaa kehittämistyötä tunnekokemusten käsittelyyn: auttaa purkamaan muutostilanteen stressiä ja tukee muutoksen sietämistä. Yhteisöllinen oppiminen, jakaminen, reflektio, luovuus. Selkiyttää toimintaa, konkretisoi kehittämisen.
LAADULLINEN TUTKIMUS	Sisällönanalyysi (kehittämistyön aikana kerätystä aineistosta)	Tukee kehittämisen arviointia. Nostaa esiin jatkokehittämisen tarpeita. Tuo tutkittavien ääni kuuluvaksi: dokumentoi ja jäsentelee kehittämistyön kohteen näkökulman.

Kuvio 3: Opinnäytetyön kokonaisuus

Pelkästään laadullisen tutkimuksen toteuttaminen ilman interventiota todettiin suunnitteluvaiheessa epäkäytännölliseksi, kun muutostapahtuman yhteydessä toteutettu toiminnan kehittäminen on luontevaa ja kehittämiselle oli tilaus. Tästä johtuen pelkän tutkimuksen tekeminen tilanteessa nähtiin heikoksi ratkaisuksi myös eettisestä näkökulmasta. Kehittämistyön arvioinnin tarve ja valitun kehittämismenetelmän soveltamisratkaisut muodostivat lopulta toisiaan palvelevan kokonaisuuden, jossa kehittämismenetelmien sovellusratkaisujen avulla saatiin tutkittava aineisto ja siitä tehtävä tutkimus tukee myös kehittämisen arviointia. Tutkimustuloksia voidaan jatkohyödyntää esimerkiksi henkilöstön koulutuksia ja tulevien organisaatiomuutosten tukitoimenpiteitä suunniteltaessa.

4.1 Opinnäytetyön lähtökohdat

Työelämän kehittäminen, muutos ja muutoksen tukeminen ovat laajoja käsitteitä, samoin hoitotyön laatu. Aihe rajattiin koskemaan saattohoitoa, josta tässä opinnäytetyössä käytetään ilmaisua elämän loppuvaiheen hoito. Rajaus valittiin elämän loppuvaiheen hoitotyöhön kahdesta syystä. Se näyttäytyi vahvimmin työyhteisön itse esille tuomana huolena ja myös opinnäytetyön tekijän omana mielenkiinnon kohteena.



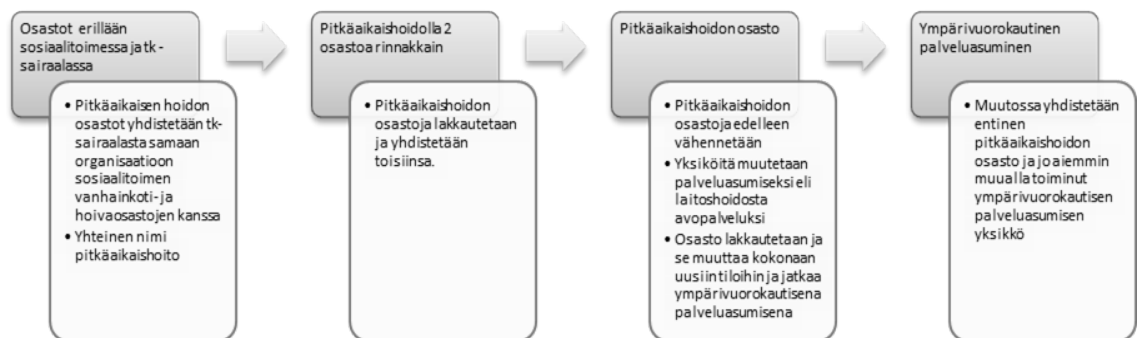
Kuvio 4: Laatuun vaikuttavien tekijöiden vuorovaikutussuhteet

Työnantajan, joka toimii tilaajana, kannalta mielenkiintoisimmaksi kysymykseksi nousi selvittää laadun jatkuvuuden turvaaminen muutostilanteessa. Yhtä tärkeää on pohtia, millaista tukea elämän loppuvaiheen hoitoa toteuttavat työyhteisöt saattavat kaivata toimintaympäristön muuttuessa. Elämän loppuvaiheen hoidon toteutuminen yksilöllisenä, laadukkaana ja tasapuolisena on paitsi eettinen, myös yhteiskunnallinen kysymys. Kuviossa 4 havainnollistetaan, kuinka monet ulottuvuudet kietoutuvat elä-

män loppuvaiheen hoitotyön laatuun joko suoraan tai epäsuorasti siihen vaikuttaen. Kuvio syntyi opinnäytetyön suunnitelmavaiheessa kun opinnäytetyön sisällön kokonaisuus hahmottui.

Jyväskylässä on kuluneiden vuosien aikana tehty useita rakenteellisia ja toiminnallisia muutoksia. Myös laitoshoidosta luovutaan valtakunnallisten linjausten mukaisesti ja pitkäaikaishoidon osastoja muutetaan palveluasumiseksi (Kuvio 5).

Lähtökohta tässä opinnäytetyössä on tilanteessa, jossa pitkäaikaisen laitoshoidon toimintayksikkö muuttaa uusiin tiloihin ja jatkaa toimintaansa ympärivuorokautisen palveluasumisen yksikkönä. Asiaa tarkastellaan siis yhden työyhteisön kautta ja valittu näkökulma perustuu siihen, että erityisesti organisaatiomuutosten yhteydessä laatutekijät nousevat keskiöön. Kehittämismenetelmä on valittu tukemaan yhteisöllisyyden kautta työhyvinvointia hoidon laadun taustatekijänä. Työyhteisön yhteisen kehittämisen kohteeksi on valittu konkreettinen hoitotyön osa-alue työyhteisön itsensä esille nostamana. Kehittämistyö tässä tilanteessa tukee muutoksen sietämistä ja kanavoi sen nostamia tunteita, jolloin se on konkreettista omaan työhön vaikuttamista ja edistää työntekijöiden työnteon edellytyksiä.



Kuvio 5: Organisaatiomuutosten jatkumo toimintayksikön lähihistoriassa

Jotta opinnäytetyön aiheen, tavoitteiden ja niihin soveltuvan menetelmän valinnan perusteet kirkastuvat, on tarkasteltava lähihistoriaa, jossa suhteellisen lyhyellä aikajänteellä on tapahtunut useita organisaatiomuutoksia. Lähtötilanteesta vain kolme vuotta taaksepäin kaksi pitkäaikaishoidon osastoa, joista toinen oli siirretty terveyskeskus-

palveluista, toimi rinnakkain samassa rakennuksessa ja niiden toiminta supistettiin yhdeksi osastoksi. Seuraavaksi tiedotettiin muutoksesta palveluasumisyksiköksi uusissa tiloissa, jonne yhdistetään muualta muuttava pienempi palveluasumisyksikkö.

Osastolla oli pitkä historia takanaan myös elämän loppuvaiheen hoitotyön toteuttamisesta. Erityisesti se huolestutti, miten palveluasumisessa voidaan jatkaa elämän loppuvaiheen hoitotyötä ja käyttää pitkään kehittyntä osaamista. Työkokemuksen kautta syntynyt asiantuntijuus on oman alan ydinosaa, jota ei opita ammatillisessa koulutuksessa (Vesterinen 2011, 27) ja myös elämän loppuvaiheen hoitotyön osaaminen syntyy useiden vuosien työkokemuksen kautta (Lipponen 2006, 170; Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 34).

Muutoksen lähestyessä pohdittiin, miten palveluasumisessa elämän loppuvaiheen hoito aidosti toteutuu. Lähtökohtana on siis asiakkaiden oikeus laadukkaaseen elämän loppuvaiheeseen ja tarvitsemaansa hoitoon ilman epätarkoituksenmukaisia siirtoja hoitopaikasta toiseen, sekä työyhteisön muutostuen ja kehittämisen tarve. Nämä tarpeet kanavoituivat käytännöllisesti samaan kehittämistyöhön.

Pitkittäistutkimukset osoittavat organisaatiomuutoksilla olevan todennäköisemmin negatiivisia vaikutuksia työhyvinvointiin. Jatkuissa perättäisissä muutoksissa on ajateltu tapahtuvan tottumista, mutta tälle olettamukselle ei ole löydetty vahvistusta. Toistuvat muutokset sen sijaan lisäävät emotionaalista uupumusta, heikentävät omistautumista ja työtyytyväisyyttä ja lisäävät poissaoloja. Toleranssia ei siis kehity, vaikka muutosten vaikutukset vaihtelevatkin yksilökohtaisesti. (Pahkin ym. 2011, 10, 26.)

Jääskeläinen (2013, 138) muistuttaa, että käytettävä kehittämismenetelmä on tarpeellista esitellä etukäteen kohderyhmälle, jotta voidaan keskittyä pohtimaan tarkoituksenmukaisia asioita, etenkin jos käytettävä menetelmä ei ole entuudestaan tuttu työyhteisölle. Kehittämistyötä tekevä työyhteisö oli saanut kyllikseen erilaisista hienosti nimetyistä ja silti ajoittain vaikutuksettomiksi koetuista kehittämisen sovellutuksista. Kehittämistyö ajoittui suuren muutostilanteen taitekohtaan, jolloin muutos itsessään uhkaa yhteisöllisyyttä ja työhyvinvointia. Tässä tilanteessa on täysin tarpeetonta lisätä työyhteisön kuormitusta entisestään esittelemällä jälleen uusia kehittämisen sovelluk-

sia, jotta itse kehittämistyöhön tarvittava aika ja energia kohdistuu itse kehittämiseen menetelmien sijaan.

Usein kehittämisen kompastuskiviksi nousevat kysymykset yhteisestä ajasta ja mahdollisimman monen työyhteisön jäsenen osallisuuden varmistamisesta (vrt. Jääskeläinen 2013), joten käytännöllisintä oli valita muoto ja tavat, jossa nämä haasteet voidaan mahdollisimman hyvin ottaa huomioon: varattiin aika, tila ja mahdollisimman monen työyhteisön jäsenen läsnäolo. Kehittämistyö on kokonaan työyhteisön omaa työtä, oman organisaation sisältä haetaan konsultoivaa apua tueksi pyytämällä palveluasumisesta työntekijä kertomaan mitä on odotettavissa.

Innovaatioiden tuottamisen tavoissa integroituneisuus tarkoittaa tuotanto- ja kehittämisjärjestelmän sulautumista toisiinsa, jolloin se on myös osallistavaa toimintaa (Alasoini 2011, 116). Tässä tarkoitetaan ilmeisimmin tuotantoaloja, mutta yhteys palvelutuotantoon on vielä loogisempi. Keskeistä on, että työyhteisö itse löytää itsestään avaimet laadun turvaamiseksi – laadun elementeistä ja kriteereistä otetaan teoreettinen selkänöja työskentelyyn, mutta sen soveltamisen tekevät hoitotyön ammattilaiset itse. Tässä opinnäytetyössä kehitetään työyhteisön mahdollisuuksia vastata elämän loppuvaiheen hoitotyön haasteisiin, jolloin kehittämisen seurauksena kehittyy myös asiakasarvo.

Tutkimuslupa opinnäytetyön toteuttamiseen on saatu Jyväskylän kaupungin vanhus- ja vammaispalvelujen vastuualuejohtajalta. Tämä on yleinen käytäntö opinnäytetöiden ja tutkimusten kohdalla. Hoitotyön ammattilaisten näkemysten selvittämiseen tarvittava aineisto kerättiin kehittämistyöhön käytetyissä kehittämisiltapäivissä ja sen päämääränä on tuoda hoitotyön ammattilaisten ääni kuultavaksi. Aineisto on täysin anonymia, sillä kehittämisiltapäivässä tuotettuihin aineistoihin ei laitettu nimiä. Lupaa ei tarvita myöskään asiakkailta, sillä tarkastelu kohdistuu hoitotyön ammattilaisten kuvailuun eikä tutkimuksessa käsitellä salassa pidettäviä aineistoja.

4.2 Työelämälähtöinen kehittäminen ja yhteisöllinen oppiminen

”Kehittäminen on toiminnan parantamista” (Multanen ym. 2004, 12). Se on arkityöhön liittyvien asioiden käytännöllistä muuttamista. Työyhteisön kehittäminen hyödyttää työyhteisöä ja yksittäistä työntekijää. Sujuvampi toiminta koituu lopulta myös asiakkaan eduksi. (Mts. 12, 15.; Jääskeläinen 2013, 151.) Perinteisiä työelämän kehittämisen tapoja ovat asiantuntijalähtöinen lähestymistapa ja henkilöstöä osallistava lähestymistapa, jossa henkilöstö on itsenäinen osapuoli sekä suunnittelussa että toteutuksessa (Alasoini 2011, 30).

Tavallisesti kokemus osallistumisesta yhteisten asioiden muuttamiseen on positiivinen. Kehittäminen onnistuu parhaiten, kun kaikilla työyhteisön jäsenillä on mahdollisuus olla mukana. (Multanen ym. 2004, 12, 42.) Se mahdollistuu valitsemalla oikeat menetelmät ja keskustelun laajentaminen työhön liittyvien tunnekokemusten käsitteelyyn vahvistaa mielekkyyden kokemusta (Jääskeläinen 2013, 139-140). Osallisuus lisää hallinnan tunnetta, jolloin se voi lisätä positiivisia arvolatauksia ja sitoutumista. (Alasoini 2011, 121.)

Motivaatio kehittämiseen syntyy sisäisesti tunnistetusta tarpeesta tai ulkopuolisista vaatimuksista. Yksinkertaistettuna kehittäminen on prosessi jossa kehittämistarve nostetaan esille, sovitaan toimintatavoista, toimitaan sovitusti, arvioidaan, päätetään ja jatketaan. (Multanen ym. 2004, 19-23.) Työyhteisön tulee etsiä uusia tapoja tarkastella työtään, käyttää aikaa ideoiden kehittelyyn ja toimia yhdessä ideoiden eteenpäin viemiseksi (Sinervo ym. 2010, 33).

Kehittämistyön tulokset harvoin jäävät elämään, mikäli aihe ei ole ajankohtainen tai työyhteisö ei itse koe sitä tärkeäksi, joten aihe on etsittävä yhteistyössä (Jokinen & Salminen 2010, 275; Multanen ym. 2004, 31). Kehittämisen tavoitteiden tulee olla strategian ja työyksikön perustehtävän kanssa samassa linjassa (Jääskeläinen 2013, 138).

Dialogisuus korostuu erityisesti kehittämistyön eettisissä periaatteissa (Palomäki & Teeri 2011, 52). Pelkkä osallistuminen ei ole dialogia, sillä dialogisuus tarkoittaa eri

osapuolten keskinäisessä vuorovaikutuksessa syntyvää valmiutta kuunteluun ja toistensa ymmärtämiseen, sekä omien lähtökohtien kriittiseen tarkasteluun (Alasoini 2011, 30-31).

Jääskeläinen (2013) nimeää kehittämisen kriittisiä kohtia, joista ensimmäiset kaksi liittyvät molemmat työaikoihin ja sijaisuuksiin: ajan varaaminen ja osallisuuden varmistaminen. Lisäksi kriittisiä kohtia ovat innostava aloitus, kehittämiskohteiden valinta, joustavuus etenemisessä, säännöllinen seuranta, jatkuvuus ja esimiehen vastuu. Kehittämisen intoa voi heikentää esimerkiksi yhteiskunnallinen tilanne, jonka epävarmuus heijastuu sitoutumiseen. (Mts. 142-146.)

Kehittämistyön tekijöiden oma arviointi kehittämisestä on tärkeää. Kehittämistyön eettisessä arvioinnissa tulee myös pohtia arvoja, joihin kehittämisessä on nojaututtu. (Palomäki & Teeri 2011, 52.) Arviointi voi ulottua tarkastelemaan toiminnan yleistä eettistä tasoa ja toiminnan kehittämisen kautta myös vallitsevaa eettistä normistoa. (Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011, 31.) Kehittämistyössä saavutetaan usein myös ennakoimattomia ja yllättäviä tuloksia (Multanen ym. 2004, 14,68).

Yhteisöllinen oppiminen on opetuksen suuntaus, jossa korostetaan tiedon ja oppimisen yhteisöllistä luonnetta ja toimijoiden tasavertaisuutta (Jauhiainen 2012, 5). Yhteisöllisyys on Jauhiaisen (2012 b) mukaan henkinen tila ja sosiaalinen ulottuvuus, joka tukee ihmisten kanssakäymistä, työhyvinvointia, oppimista ja tuloksellisuutta ja sen perusta on yhteisissä arvoissa (mts 31, 32).

Yhteinen pohdiskelu tukee uuden omaksumista: käytettävissä on enemmän tietoa ja näkökulmia, tietorakenteiden jäsentyminen ja selkiytyminen on parempaa ja vastavuoroisempaa, eli yhteisöllinen oppiminen on jakamista (Jauhiainen 2012, 8). Yksilöosaaminen muuttuu yhteisön osaamiseksi kun se jalostuu yhteiseksi näkemykseksi ja toiminnaksi. Yhteisen näkemyksen luominen ja soveltaminen yhteiseen tekemiseen on organisaation oppimista. Innovatiivisuuden kannalta useiden näkökulmien saaminen on välttämätöntä (diversiteetti). Vaatimukset jatkuvasta uusiutumisesta, sopeutumisesta toimintaympäristön jatkuviin muutoksiin ja yhteisestä tavoitetilasta jalostaa näke-

myksen oppimisesta paitsi jatkuvana uusiutumisena ja sopeutumisena, myös ennakkoivana mukautumisena. (Ojala 2008, 53, 59, 71-72, 78; Sumkin & Tuomi 2012, 31.)

Oppiminen on sosiaalista toimintaa. Kehityksen edellytykset löytyvät kohtaamisesta, kun vuorovaikutuksessa hyödynnetään hiljaista tietoa ja emootioita. (Ojala 2008, 69-70.) Kun hiljainen tieto nousee tutkitun tiedon rinnalle, se edellyttää, että asiantuntijuus on jaettava. Yhteisöllisen kehittämisen avaimet ovat vastavuoroisuudessa: yhteinen hyvä voidaan löytää yhdessä. (Palomäki & Teeri 2011, 52). Yhteisellä keskustelulla on oltava myös seurauksia, sillä pelkkään puheeseen turhautuu, mutta muutoksen näkyväksi saaminen motivoi (Jääskeläinen 2013, 151).

Tynjälä (2010) määrittelee, että asiantuntijuus on integratiivista perustuen teorian, kokemuksen, käytännön ja itsesääteilytiedon yhdistämiseen ongelmanratkaisussa. Integratiivisen ajattelun käsite on lähellä luovuuden käsitettä ja oppiminen katsotaan ajattelun kehittymisen muutokseksi. Integratiivinen ajattelu on kykyä yhdistää ajattelussa erilaisia elementtejä ja synteisin luomista näistä elementeistä (kuten teorian ja käytännön, kognition ja emotionin jne). (Mts, 80-84.)

Teorian, käytännön ja reflektion yhdistely ohjaa integratiiviseen ajatteluun ja ottamaan käyttöön älykkyyden kolme muotoa: analyyttisen, käytännöllisen ja luovan. Integratiivisen pedagogiikan keskeisen periaatteen mukaan tilanne suunnitellaan siten, että asiantuntijuuden peruselementit voidaan yhdistää. Näitä elementtejä ovat teoria, käytäntö (taito), itsesääteilytieto ja -taito ja sosiokulttuurinen tieto. (Tynjälä 2010, 86-87.)

Myös luovuus on ryhmän ja työyhteisön toimintaa eikä yksilösaavutus, sillä yksilö ei voi saavuttaa samaa ymmärrystä yksin kuin minkä ryhmä yhdessä voi (Collin & Billet 2010, 218). Työ ja siinä oppiminen on luonnostaan luovaa: ammatillisen osaamisen kehittämisen keskeinen lähde löytyy työpaikalta (Collin & Billet 2010, 212-213). Ojala (2008, 131) muistuttaa siitä, että luovuus kuitenkin vaatii aikaa ja tilaa. On vaikeaa hahmottaa tärkeysjärjestys, jos tietotulva on jatkuva ja hallitsematon.

Jääskeläinen (2013, 63) esittelee väitöskirjassaan laajasti erilaisia työelämän tutkimus- ja kehittämistoiminnan käsitteitä ja työtapoja ja toteaa, että käsitteistä vallitsee suora-

nainen runsaudenpula, ne ovat keskenään ristikkäisiä ja sekavia, eikä niiden luokittelusta vallitse edes tiedeyhteisössä välttämättä yksimielisyyttä. Kehittämisen näkökulma voidaan valita monella tavalla. Myös osallistavien kehittämismenetelmien laaja kirjo asettaa haasteita kehittämistyön suunnitteluun, paitsi resurssien ja käytännön näkökulmasta, myös jo pelkästään kehittämisen lähtökohdista. Kehittämistyössä on tehtävä valintoja, jotka eri näkökulmista katsottuna näyttäytyvät eri valossa. Tavoitteiden asettelu näyttäytyykin hyvin kriittisenä vaiheena kehittämistyössä. Myös Alasoini (2011, 32-33) muistuttaa tavoitteiden asettamisessa huomioitavien seikkojen monista vaikutuksista: sopivasti kunnianhimoinen, avoin, ymmärrettävä, konkreettinen tavoitteen asettelu johtaa suoraan motivaation ja sitoutumisen asteeseen.

4.3 Kehittämistyön toteutus muuttuvassa toimintaympäristössä

Suunnittelu pohjautui tarpeen määrittelyn jälkeen edellisessä luvussa esiteltyihin työelämälähtöisen kehittämisen ja yhteisöllisen oppimisen lähtökohtiin. Suunnittelun ja toteutuksen rajat nousivat ensisijaisesti käytännöstä. Organisaation toimintatapoihin kuuluu jokaisen työyhteisön kehittämisiltapäivät kahdesti vuodessa ja työyhteisöt saavat soveltaa kehittämisiltapäivien ajankohtia ja käyttöä. Kehittämistyön käytännön toteutus suunniteltiin yhdessä yksikön edustajan kanssa siten, että siihen oli mahdollista käyttää olemassa olevia resursseja mahdollisimman taloudellisesti.

Kehittämisen käytännön työmenetelmänä on reflektointi kahdessa kehittämisiltapäivässä, foorumeissa, joissa tapahtuvan pohdinnan ja päätösten avulla turvataan laadukas elämän loppuvaiheen hoito palveluasumisessa. Keskustelun ja siitä seuraavien konkreettisten päätösten avulla edistetään työyhteisön työmotivaatiota ja työhyvinvointia. Konkreettisena päätöksenä kehittämistyössä työyhteisö luo itselleen tavoitteiden (suositusten mukainen elämän loppuvaiheen hyvä hoito palveluasumisessa) saavuttamiseksi tarvittavista toimenpiteistä yhteisen näkemyksen. Se on työyhteisön itse tuottama yhteinen sopimus siitä, millä tavalla toimimalla varmistetaan laadun ulottuvuuksien toteuttaminen muuttuvassa toimintaympäristössä. Keinoja tuloksiin pääsemiseksi ovat siis kehittämisiltapäivät ja niissä laadittu yhteinen näkemys kirjallisessa muodossa. Kehittämisiltapäivien ryhmätyöskentely (reflektio) sekä välivaiheessa käy-

tettävä yhteisöpäiväkirja dokumentoidaan kirjallisesti. Työyhteisössä on jo vuosia tehty tiimityötä, joten tiimipalavereista pöytäkirjan pitäminen on tuttua.

Organisaation oppiminen on prosessi joka tarvitsee raaka-aineeksi uutta tietoa. Tieto tulee ihmisten kautta, se jaetaan, muodostetaan yhteinen näkemys ja sitä sovelletaan yhteiseen tekemiseen. (Ojala 2008, 74.) Tuloksia tavoitellaan siis myös teoreettisen tiedon avulla. Elämän loppuvaiheen hoidon laadusta on runsaasti teoksia, tutkimuksia ja tieteellisiä julkaisuja, joiden pääkohdat nostetaan esiin keskustelun lähtökohtana. Teorian, käytännön ja reflektion yhdistely ohjaa integratiiviseen ajatteluun, joten kehittämistyön toteutus on suunniteltu tämän keskeisen periaatteen mukaan (Tynjälä 2010, 86-87).

Kehittämispäivä I ja ryhmätyöskentely

Tavoitteena oli osallistujien oma reflektointi, jonka käynnistäjänä aluksi kerrataan teoriasta elämän loppuvaiheen hyvän hoidon laatutekijät ja niiden pohjalta pohditaan miten näitä tekijöitä toteutetaan tulevaisuudessa muuttuneessa toimintaympäristössä. Kehittämispäivä rakentui kahdesta yhteisestä osiosta, joiden välissä elämän loppuvaiheen hoidon laatua ja tulevaa muutosta pohdittiin ryhmissä, joten iltpäivän ohjelma (LIITE 2) rakentuu yhteensä kolmesta osasta. Ensimmäisenä oli orientaatio aiheeseen, jossa palveluasumisessa työskentelevä sairaanhoitaja kertoi, miten elämän loppuvaiheen hoito heillä toteutetaan. Orientaatioissa myös kerrattiin elämän loppuvaiheen hoitotyön laatutekijöitä ja kerrottiin opinnäytetyöstä. Orientaation jälkeen muodostettiin ryhmät. Toisessa osassa mietittiin ryhmissä laadunäkökulmasta, miten osallistujat kokevat elämän loppuvaiheen hoitotyön laadun ja sen toteuttamisen työssään juuri nyt ja millaisia odotuksia orientaation perusteella on tulevaisuudesta muodostunut. Ryhmätyöskentelystä muodostui ensimmäinen aineisto laadulliseen analyysiin, jolla arvioidaan kehittämistä. Keskustelua käytiin molemmista aiheista 20 minuuttia. Kolmannessa osassa käytiin ryhmäkeskustelujen pohjalta yleinen yhteenveto keskustelussa, jossa tunnistettiin yhdessä haasteet ja mietittiin käytännön ratkaisuja. Keskustelu dokumentoitiin kirjallisena yhteenvetona työpaperiksi, joka nimettiin **työsuunnitelmaksi**. Dokumentointi tapahtui reaaliajassa tekstinkäsittelyohjelmalla vetäjän toimesta siten, että teksti heijastettiin valkokankaalle, jotta kaikki voivat nähdä, mitä

keskustelun pohjalta kirjataan suunnitelmaan. Lopuksi annettiin ohjeistus välivaiheen työskentelyä ja yhteisöpäiväkirjan hyödyntämistä varten.



Kuvio 6: Kehittämistyön eteneminen

Välivaihe

Tässä vaiheessa tapahtui muutto ja uuteen toimintaympäristön asettuminen sekä yhteisen näkemyksen toteuttaminen ja jalostaminen käytännössä. Välivaiheessa työyhteisössä pidettiin avoinna yhteisöpäiväkirjaa, johon jokainen työyhteisön jäsen voi kirjoittaa aiheeseen liittyviä huomioita, haasteita ja ratkaisuja spontaanisti. Se oli konkreettisesti tarkoitukseen nimetty kansio, joka sisälsi myös teoriaa käsittelevät ja yhteisöpäiväkirjan käyttöä koskevat ohjeet paperitulosteina, sekä tyhjiä sivuja kirjauksia varten. Tarkoitus oli, ettei keskustelu rajoitu kehittämisiltapäiviin, vaan kaikki pääsivät osallistumaan asian työstämiseen. Tällä pyrittiin huomioimaan, että ryhmätyönä tehty ennakkointi vaatii luonnollisesti täydennystä ja uusia ideoita sitä mukaa, kun käytännöstä opitaan. Ryhmäpäiväkirjan oli tarkoitus toimia siis myös tähän teemaan keskittyvänä viestivihkona työryhmältä toiselle ja työvuorojen välillä ja merkintöjen oli tarkoitus toimia tukiaineistona analyysissa.

Kehittämisiltapäivä II ja ryhmätyöskentely

Kun toiminta vakiintui ja uusista työtavoista oli saatu kokemuksia, pidettiin toinen kehittämisiltapäivä (LIITE 3), jossa työyhteisö reflektoi uudelleen omaa toimintaansa ja jatkaa kehittymistä. Iltapäivässä ryhmissä pohdittiin uudelleen miten asia on koettu ja ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä luotua suunnitelmaa toteutettu, sekä mikä

muuttui ja miten hoitajat kokevat elämän loppuvaiheen hoidon työssään nyt uudessa tilanteessa ja miten laatu toteutuu. Tästä saatiin toinen aineisto analyysiin. Toisen kehittämisisiltapäivän ensimmäisessä vaiheessa keskityttiin **kehittämiprojektin arvioimiseen ja yhteisen näkemyksen päivittämiseen**. Aluksi orientoituttiin aiheeseen kertaamalla kehittämiprojektista se, mitä on tehty ja miksi. Tämä oli tärkeää myös siksi, että kaikki osallistujat eivät ole olleet mukana aiemmissa vaiheissa. Ensimmäisessä kehittämisisiltapäivässä luotu työsuunnitelman ensimmäinen versio otettiin esiin ja välivaiheen aikana tehdyt täydennykset yhdistettiin siihen. Tämän jälkeen sovittiin kuinka jatkossa edetään, mitä pitää vielä kehittää eteenpäin, miten ohjeita päivitetään ja nimettiin vastuuhenkilöt tehtäviin. Lopputulos heijastettiin valkokankaalle kaikkien nähtävälle reaaliajassa. Seuraavaksi jaettiin neljä ryhmää ja pyydettiin ryhmiä tekemään SWID nelikenttäanalyysi projektista. Nelikentän yhteenveto tehtiin yhdessä ryhmätyöskentelyn jälkeen purkamalla ryhmien analyysit sanallisesti ja kirjaamalla ne valkokankaalle heijastaen reaaliajassa. Samaan arviointiin pyydettiin ryhmiä pohtimaan ja nimeämään niitä arvoja, jotka heidän näkemyksensä mukaan olivat kehittämistyön pohjana. Toisessa vaiheessa keskityttiin ryhmäkeskustelujen avulla reflektimaan ja pohtimaan elämän loppuvaiheen hoitoa ja sen laatua tänä päivänä. Ennen keskusteluja kerrattiin vielä edellisestä kehittämisisiltapäivästä tutut elämän loppuvaiheen hoidon laatutekijät, joihin peilaten ryhmäkeskustelukysymyksiä tuli käsitellä. Ryhmäkeskustelut toteutettiin ja dokumentoitiin samalla tavalla kuin aiemmassa kehittämisisiltapäivässä ja näistä saatiin toinen aineisto analyysia varten.

Opinnäytetyössä toteutettava projektiosuus päättyy tähän, mutta aiheen arviointia on syytä jatkaa työyhteisön omana kehittämistoimintana. Tavoitteena on kuitenkin päästä Alasoinin (2011, 34) kuvaamaan kehittämistoimintaan, jossa paikallisesti luotuja käytökelpoisia käytäntöjä pyritään jakamaan ja implementoimaan muille toimijoille.

4.4 Kehittämistyön arviointi

Nelikenttäanalyysi SWID on perinteisen SWOT –analyysin projektien arvioimiseen laadittu sovellutus (Ojala 2008, 252-253). Siinä arvioidaan vahvuudet (S), heikkoudet (W), parannusehdotukset (I) ja muutokset (D). Analyysitapa pääsee mahdollisesti parhaimpiinsa projektien väliarvioinnin työkaluna, mutta tässä sitä käytettiin loppuarviointiin. Yhdessä tehdyn nelikenttäanalyysin perusteella valittiin jatkokehittämisen kohteita ja saatiin ideoita.

Kehittämisen arviointi tapahtuu useilla tasoilla. Toisessa kehittämisiltapäivässä laadittiin nelikenttäanalyysi (LIITE 4) kehittämisprojektista ja tunnistettiin arvoja kehittämisen taustalla. Arviointi tehtiin työyhteisön omana työnä avoimesti. Lisäksi kirjattiin ne toimenpiteet jatkokehittämiseksi, jotka havaittiin tarpeellisiksi ja nimettiin vastuukäyttäjät ja työryhmät.

Osaltaan kehittämistä arvioidaan myös keräämällä laadullinen aineisto hoitotyön ammattilaisten kokemuksista ja ajatuksista. Kun aineisto on tuotettu ennen muutosta ja muutoksen jälkeen voidaan niitä tarkastelemalla muodostaa käsitys muutosprosessin yhteydestä elämän loppuvaiheen hoitotyön laatuun liittyviin kokemuksiin ja osaltaan arvioida tältä pohjalta myös kehittämisprojektiä.

Nelikenttäanalyysissa vahvuuksina nähtiin se, että työyhteisö on osallistunut hyvin asiasta käytävään keskusteluun, tiedonkulku on parantunut, yhteisiä linjoja löydetty ja asiassa on tultu avoimemmiksi, asukkaan omaa tahtoa on herkemmin kuunneltu ja asia kokonaisuutena on tullut selkeämmäksi. Toisaalta heikkoutena nähtiin se, että uuden palvelutalon käynnistämisen vaiheessa ja organisaation jatkuvasti eläessä liian monia projekteja ja hankkeita on ollut päällekkäin, jolloin tämä omana työtä tekevä projekti on hautautunut ja kaikki eivät ole päässeet osallistumaan. Heikkoutena koettiin sekin, ettei kehittämisellä vielä löydetty vastausta siihen, miten asukkaan ja tämän omaisen tahtojen välisiä ristiriitoja ratkotaan rakentavasti. Ensimmäisessä vaiheessa sovittu elämän loppuvaiheen suunnitelman kirjaaminen hoito- ja palvelusuunnitelmaan ei ole vakiintunut vielä koko talon käytännöksi, eli siinä ei saavutettu alussa asetettua käytännön tavoitetta.

Parannus- ja jatkokehityskohteina nimettiin viestinnän, nimenomaan omaisten suuntaan tapahtuvan viestinnän, parantamista. Asian työstämisen jatkaminen nähtiin tärkeänä ja koskevan koko työyhteisöä edelleen, myös lisäkoulutusta kaivattiin. Muutoksissa eli mitä olisi pitänyt alun perin tehdä eri tavalla, pohdittiin, että projektia olisi pitänyt pitää aktiivisemmin esillä työyhteisössä ja jonkinlainen väliarviointi olisi varmasti palvellut tarkoitusta. Lisäksi mietittiin sitä, olisiko omaisia voinut ottaa mukaan tähän kehittämiseen.

Yhteisölliseen oppimiseen pohjautuvassa kehittämistyössä näyttää olevan olennaista arvioida kehittämistyötä ja sen tuloksia myös arvojen näkökulmasta, koska yhteisöllisyys perustuu yhdessä sovittuihin arvoihin ja arviointi kohdistuu sitä kautta myös yleisiin vallitseviin eettisiin normeihin. Kehittämisen arviointiin osallistuvien mielestä **arvot, joihin kehittäminen oli perustunut, olivat: yksilöllisyys, itsemääräämisyys, turvallisuus, hienotunteisuus, selkeys, inhimillisyys ja kunnioitus.** Tämän perusteella on hyvä arvioida, etteivät kehittämistyön tavoitteet ja sen taustalla vaikuttavat arvot olleet ristiriidassa keskenään.

Kehittämistyö oli onnistunut monella tavalla. Ensinnäkin molemmista kehittämisiltapäivistä tuli runsaasti hyvää palautetta, valituista työskentelytavoista ja järjestelyistä oli pidetty ja kokonaisuutta kehitettiin selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Aihe oli koettu äärimmäisen tärkeäksi ja mielenkiintoiseksi, mistä osaltaan kertoo sekin, että osa osallistui tulemalla vapaalta kehittämisiltapäivää varten töihin.

Kehittämistyö ei kuitenkaan onnistunut torjumaan haasteita, jotka organisaatiomuutos toi elämän loppuvaiheen hoitotyöhön. Kehittämisprojektissa luotu yhteinen näkemys selkeytti työyhteisön työnäkyä ja tuotti käytännöstä oppien ja yhdessä luoden käytännön toimintaohjeet, jotka työyhteisö koki tarvitsevänsä. Kehittämistyössä löydettiin keinoja haasteiden kanssa selviytymiseen, mutta ratkaisuja se ei antanut. Toimintaprosessin haavoittuvuuksien vahvistaminen on mahdollista vain omalla toiminnan tasolla.

Kehittämistyö oli myös linjassa palveluasumisen kehittämisen painopisteiden, joista yksi oli elämän loppuvaiheen hoitokäytännöt, ja organisaation strategisten päätavoitteiden kanssa (Saarman 2014). Kehittämistyössä pyrittiin kehittämään palvelun laatua

ja prosessin toimivuutta ja edistämään sitä kautta hoitotyön ammattilaisten motivoitumista ja työhyvinvointia. Kehittämistyön tukeminen ja mahdollistaminen yksikössä toteutti osallistavan ja kannustavan esimiestyön tavoitetta.

4.5 Laadullinen tutkimus kehittämistyön tukena

Tämä opinnäyte on kehittämistyö. Annetun tehtävän täyttämiseksi ja kehittämisen arvioinnin tueksi on käytettävä varsinaista kehittämistyötä ja sen menetelmiä täydentäviä tutkimuksellisia keinoja. Työn tilaajan mielenkiinto kohdistuu laadun jatkuvuuteen organisaatiomuutoksessa, joten siihen on löydettävä vastauksia. Koska kysymyseen ei tässä tapauksessa voi vastata varsinainen kehittämistyön hyödynsaaja, asiakas, on asiaa tarkasteltava muulla keinolla. Kehittämisen onnistumisen arviointi jo sinällään loogisesti edellyttää vertailevaa tarkastelua.

Luotettava tutkimusmenetelmä tarkoittaa tekniikkaa, jota käyttämällä tarkasteltava aineisto kerätään, analysoidaan ja tulkitaan. Menetelmän valinnassa ratkaisevia ovat tutkimusongelma ja sen laatu. (Kananen 2008, 16.) Koska kehittämistehtävän aiheena on laatu ja tarkastelun kohteena ovat käytännön elämän kuvaukset, on loogista valita laadullinen eli kvalitatiivinen lähestymistapa. Se korostaa todellisuudesta saatavan tiedon subjektiivisuutta (Puusa & Juuti 2011 a, 47). Se, miten löydetään tosielämästä kerätystä tiedosta merkityksiä ja miten rakennetaan silta teorian ja käytännön yhdistämiseksi, on laadullisen tutkimuksen peruskysymyksiä (Kananen 2008, 12).

Menetelmän valinnassa, painotuksissa ja terminologian käytössä on punnittu sitä, mikä on tämän opinnäytetyön päätehtävä. Tutkimuksellisen elementin tarkoituksena on tuottaa vastaus tehtäväksiantoon ja lisätä ymmärrystä aiheesta, mikä on myös yleisin laadullisen tutkimuksen tarkoitus (Kananen 2008, 24-25). Sen avulla opinnäytteen jatkohyödyntämismahdollisuudet laajenevat. Laadullisin menetelmin voidaan myös hankkia uutta tietoa, kuvailla, syventää ymmärrystä, tulkita ilmiötä ja tehdä teoreettisesti mielekkäitä tulkintoja tai kyseenalaistuksia (Puusa & Juuti 2011 a, 48).

Laatua voidaan tutkia myös kvantitatiivisesti, mutta se vaatii olosuhteisiin soveltuvan, testatun mittarin olemassaoloa ja käytön hallintaa. Lisäksi kvantitatiivisen lähestymistavan valinta voi siirtää opinnäytetyön keskeisen ytimen, kehittämisen, pois keskiöstä. Mittaamalla olisi mahdollista kertoa, miten laatu muuttui, mutta pelkkä laadun mittaaminen ei huomioi tilanteen kokonaisuutta eikä vastaa käytännön tarpeeseen. Myöskään kvantitatiivisten menetelmien käyttäminen näin pieneen joukkoon ei ole perusteltua, sillä määrällisen tutkimuksen tavoite on saada yleistettäviä tuloksia (Kananen 2008, 24).

Tehtävänä on ottaa selvää siitä, miten elämän loppuvaiheen hyvä hoito siirtyy organisaatiomuutoksessa. Tätä selvitetään sisällönanalyysia hyödyntäen kehittämistehtävän aikana eri vaiheissa kerätystä aineistosta. **Tutkimustehtävä** on selvittää hoitotyön ammattilaisten näkemys elämän loppuvaiheen hoidon laadusta toimintaympäristön muutoksen yhteydessä.

Puusa & Juuti (2011, 23) muistuttavat, että tutkijan on oltava tiedostanut taustaoletuksensa. Objektiivisuus aineiston käsittelyssä edellyttää subjektiivisuuden tiedostamista (Kananen 2008, 121). Hypoteesia ei kuitenkaan lähdetä testaamaan, sillä se ei kuulu laadulliseen lähestymistapaan (Puusa & Juuti 2011 a, 50).

Tavallisesti laadullista analyysia varten aineistoa kerätään, kunnes se on ns. kylläntynyt eli uusia havaintoja ei enää saada. Aineiston määrää arvioitaessa peruskysymys onkin, onko tarkoitus saada yleistettäviä tuloksia. Aineiston laatu on määrää merkittävämpi, vaikka molemmilla on vaikutusta lopputulokseen. (Kananen 2008, 33-38). Laadullisen aineiston kohdalla on tyypillistä, että aineiston keruu, analysointi ja tulkinta kietoutuvat työvaiheina toisiinsa, jotta tiedetään, onko kerätty tarpeeksi tarkoituksenmukaista aineistoa (Puusa 2011, 117; Kananen 2008, 56-57; Puusa & Juuti 2011a, 51). Tässä tapauksessa toteutustapa ja olosuhteet kuitenkin määrittelevät sen, miten aineisto kerätään. Kehittämistehtävän tavoitteena ei ole yleistettävien tutkimustulosten tuottaminen.

Ryhmäkeskusteluissa tuotetut kirjalliset aineistot analysoidaan laadullisella sisällönanalyysilla ja vertaillaan, jotta saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Muista do-

kumenteista muodostetaan kooste, jota voidaan käyttää tukiaineistona. Saatavan tulokinnan perusteella on tarkoitus päätellä, miten kehittämistyö onnistui tavoitteissaan eli pystyttiinkö elämän loppuvaiheen hoidon laatu siirtämään toimintaympäristöstä toiseen sekä se, millaisia haasteita ja ratkaisuja matkalla kohdattiin.

Aineiston analyysissä käytetään sisällönanalyysiä, joka sopii moneen tarkoitukseen, koska se on väljä metodinen viitekehys. Aineistoa voi lähestyä monesta näkökulmasta, mutta siinä on aina oltava kyse tarkoituksenmukaisuudesta. Analyysi perustuu päte-lyyn, jonka avulla aineistosta pyritään käsitteelliseen ymmärrykseen. (Puusa 2011, 114, 117.) Kanasen (2008, 94) mukaan sisällönanalyysissä on kaksi tapaa: analyysi tai erittely. Näistä erittely tarkoittaa sitä, että aineistoa kuvataan kvantitatiivisesti, analyysillä puolestaan sanallisessa muodossa. Analyysin tarkoitus on muotoilla aineisto kokonaisuudeksi, joka on mielekäs ja josta on mahdollista johtaa rikas tulkinta ja päätelmät (Puusa 2011, 116). Analyysi on tiedon uudelleenjärjestelyn jälkeen saatava tulos (Kananen 2008, 88).

Analyysiprosessin kuvaamisen on oltava systemaattista ja avointa varmistaakseen sen tarkastettavuuden ja perustelut (Puusa 2011, 116). Laadullisen tutkimuksen ymmärtämisen ongelma on kuitenkin kaksisuuntainen, sillä samasta asiasta voi saada monia tulkintoja jotka kaikki ovat yhtä oikeita, kuin ne on hyvin perusteltu (Kananen 2008, 97).

4.6 Aineiston keruu

Aineisto on kirjallista sisältäen kehittämistyötä varten järjestettyjen ryhmäkeskustelujen sisällön tiivistetyssä muodossa. Aineiston tuottaa siis kehittämistehtävän kohteena oleva työyhteisö. Tällä tavalla aineistonkeruussa tarkoituksenmukaisuus -perustelu toteutuu hyvin, mutta ei ilmiön kannalta täydellisellä tavalla. Tarkoituksenmukaisuus -perustelulla tarkoitetaan sitä, että informanteiksi eli lähteiksi valitaan henkilöitä, jotka tietävät asiasta mahdollisimman paljon kokemuksen kautta (Puusa & Juuti 2011 a, 55; Kananen 2008, 37, 76).

Aineiston keräämiseen tällaisessa tapauksessa voi käyttää monia tapoja, joista yleisimpiä ovat erilaiset haastattelut. Ryhmäkeskustelu on myös laadullisen tutkimusperinteen metodi, joka kuitenkin eroaa ryhmähaastattelusta, jossa vuorovaikutus keskityy haastattelijan ja osallistujan välille kun taas ryhmäkeskustelussa vuorovaikutus on osallistujien välillä. Ryhmäkeskustelu on monimuotoinen sosiaalinen vuorovaikutustilanne. Ryhmän sosiaalista vuorovaikutusta voidaan ajatella kuitenkin erityispiirteenä, joka määrittää tuotettavaa aineistoa, sen ei tarvitse olla automaattisesti aineiston laatua heikentävä ominaisuus. (Valtonen 2011, 88-89).

Ryhmäkeskustelussa on aina vetäjä (Valtonen 2011, 88). Tässä toteutuksessa kehittämisiltapäivien vetäjänä toimiva opinnäytetyön tekijä ei voi olla kaikissa ryhmissä yhtä aikaa, sillä toteutustapa vaatii keskustelujen käymistä pienryhmissä samanaikaisesti. Lisäksi, jotta saadaan mahdollisimman puhdas aineisto, tekijä itse ei osallistu ryhmien keskusteluihin lainkaan (Kananen 2008, 56). Ryhmät ohjeistettiin siten, että jokaisessa ryhmässä yksi on kirjuri joka kirjaa ylös puhutut asiat ja yhtenäistä mielipidettä ryhmien ei tässä vaiheessa tarvitse muodostaa. Kehittämistehtävän toteutustapa asetti siis raamin, jonka sisällä menetelmää on kyettävä soveltamaan. Kaikkien keskustelujen nauhoittaminen asettaisi vaatimuksia tilojen ja välineiden saatavuudelle, jota ei tässä yhteydessä pystytty toteuttamaan. On totta, että kirjurin käyttäminen ryhmätilanteissa sisältää aineiston kannalta tiettyjä riskejä, koska puhuttu ja käsitelty suodattuu hänen kynänsä kautta ja hänen tapaansa muotoilla asiat tiivistetysti.

Ryhmäkeskustelun käyttäminen menetelmänä tuo eduksi myös sen, että kun keskustelussa vastuu siirtyy vetäjältä osallistujille se valtauttaa heidät ottamaan esille myös niitä teemoja ja aiheita, joita ei haastattelussa tulisi kysytyksi. Tämä tuottaa analyysin kannalta hedelmällistä aineistoa. Ryhmäkeskustelu myös vahvistaa yhteishenkeä mahdollistamalla kokemusten jakamisen ja peilaamisen jaettuun kulttuuriseen kenttään. (Valtonen 2011, 94, 99). Se palvelee kehittämistehtävän työhyvinvoinnillisia päämääriä.

Ajatus on, että teoreettiset lähtökohdat antavat aineksia monipuolisiin ryhmäkeskusteluihin ja sitä kautta mielenkiintoiseen aineistoon. Teoreettisilla lähtökohdilla ei tavoitella pelkkää virittyneisyyttä aineistoon nähden, vaan koko kehittämistehtävän onnis-

tumisen kannalta herättelemään osallistujissa oman toiminnan kriittisen tarkastelun eli ammatillisen reflektion käynnistymistä. Ensimmäisen kehittämisiltapäivän orientaatiossa esitettiin teoriasta nousseiden avaintekijöiden kuvaus ja oman organisaation laatu-kriteerit, jotka kerrattiin nopeasti myös toisen kehittämisiltapäivän orientaatiossa.

Analysoitava aineisto muodostuu neljän ryhmän kahdessa eri ajankohdassa tuottamasta aineistoista. Jokainen ryhmä kävi kaksi keskustelua molemmissa iltapäivissä ja jokaisesta keskustelusta tuotettiin oma erillinen paperi. Aineistoja on siis yhteensä neljä, yksi jokaisesta keskustelusta kummaltakin kerralta. Jokaisesta keskustelusta saadun aineiston määrä oli melko yhtenevä, mutta toisessa kehittämisiltapäivässä tuotettiin selvästi määrällisesti vähemmän. Eri ryhmien tuottamat keskustelujen koosteet ovat satunnaisessa järjestyksessä aiheen sisällä ja täysin anonyymeja.

4.7 Analyysin kuvaus

Sisällönanalyysin prosessi kulkee Puusan (2011) mukaan siten, että ensin valitaan analyysiyksikkö, tutustutaan aineistoon, aineisto pelkistetään, kategorioidaan ja tulkitaan. Prosessi ei kuitenkaan kulje lineaarisesti tässä järjestyksessä ja tulkintaa tapahtuu joka vaiheessa. (Mts. 117.)

Aineisto käsiteltiin kirjoittamalla puhtaaksi ja lukemalla sitä useita kertoja läpi. Erilaisia sisältöjä ja merkityksiä alkoi nousta nopeasti, sillä ilmaukset olivat tiiviitä ja samoja asioita mainittiin useiden eri ryhmien vastauksissa.

Kanasen (2008) mukaan jo alussa tulee perehtyä hyvin aineiston sisältöön, aineisto litteroidaan, määritellään analyysiyksikkö, perehdytään aineistoon ja luodaan siitä kokonaisnäkemys. Sen jälkeen aineiston kanssa dialogissa suoritetaan koodaus, tarvittava alaluokkiin jakaminen ja lopuksi peilaaminen tutkimuskysymyksiin, luokkien yhdistäminen ja uudelleen nimeäminen, jäsentely ja kuvailu. Analyysiyksikkö voi olla sana, lause tai kokonaisuus. (Mts. 94.)

Pelkistämisellä koostetaan hajanaista tietoa ja tätä vaihetta ohjaa tutkimustehtävä (Puusa 2011, 117, 121). Koodaus eli luokittelu pelkistää aineiston. Tietoa yhdistellään niin, että samaa tarkoittavat asiat tai asiat, joissa on samat elementit, koodataan samalla koodilla. Koodaus on välivaihe, joka mahdollistaa analyysin tekemisen, eikä sillä saa olla vaikutusta aineiston sisällön laatuun. Koodauksen taso vaikuttaa siihen, onko analyysi lopulta yleisluontoinen vai pikkutarkka. (Kananen 2008, 88-89.)

Analyysiyksikkönä käytettiin aluksi yhtä kokonaista ilmausta, joka tavallisesti muodostui yhdestä lauseesta tai kokonaisesta virkkeestä. Kun aineiston sisältämät aihepiirit alkoivat hahmottua, sen perusteella määriteltiin avainmerkityksiä ja kokonaisista ilmauksista etsittiin näitä tarkoittavia sanoja. Sanat merkittiin värikoodeilla, joiden avulla ilmaukset voitiin asettaa samaan ryhmään niiden merkityssisällön perusteella. Avainmerkityksiä tarkastelemalla niistä rakentui pääluokkia ja niiden sisälle muutamia teemoja. Pääluokat muodostuivat pohtimalla avainmerkityksien yhteisiä piirteitä. Pääluokan löytymisen jälkeen sen teemat hahmottuivat palaamalla avainmerkitysten tarkasteluun.

Lähes kaikista kokonaisista ilmauksista pystyi tunnistamaan useampia luokkia. Kokonaisen ilmauksen sisältö ja kokonaismerkitys määritteli vastauksen luokan. Yhtä analyysiyksikköä oli siis tarkasteltava asiayhteydessään sen sisällön merkityksen ymmärtämiseksi. Useimmat kokonaiset ilmaukset voitiin myös nähdä jakaantuvan pääasiaan ja sen tarkennukseen, jotka saattoivat kuitenkin koodauksessa kuulua eri pääluokkiin, jolloin pääasia katsottiin ratkaisevaksi. Joissain tapauksissa ilmaukset olivat niin tasavahvoja, ettei valintaa koko ilmauksen kuulumisesta vain yhteen pääluokkaan voinut tehdä, jolloin se oli jaettava.

5 Opinnäytetyön tulokset

5.1 Yhteinen näkemys laadun turvaamisesta

Tutkimustehtävä on selvittää, millainen on työyhteisön yhteinen näkemys elämän loppuvaiheen hoitotyön laadun toteutumiseen tarvittavista yhteisistä toimintatavoista? Kehittämistyön tarkoitus oli tuottaa elämän loppuvaiheen hoidon laadun turvaava työyhteisön itse muotoilema yhteinen näkemys siitä, millä tavalla toimimalla varmistetaan laadun ulottuvuuksien toteutuminen muuttuvassa toimintaympäristössä, sekä kehittämistyön arviointia ja jatkokehittämistä varten kuvata hoitotyön ammattilaisten näkemyksiä elämän loppuvaiheen hoidosta, sen laadusta ja miten toimintaympäristön muutos koetaan tästä näkökulmasta.

Yhteinen näkemys konkretisoitiin kirjalliseen muotoon. Se on ennakoimalla ja käytännöstä oppimalla laadittu **kirjallinen kuvaus käytännöistä, joita noudattamalla varmistetaan elämän loppuvaiheen hoidon laatu**. Tavoitteena oli asiakirja, joka on **työyhteisön itse tuottama yhteinen sopimus** ja ohje siitä, millä tavalla toimimalla varmistetaan laadun ulottuvuuksien toteuttaminen muuttuvassa toimintaympäristössä.

Ensimmäisessä vaiheessa käytössä oli alustava, paljon epävarmuustekijöitä sisältävä, varsin karkea ja luonnoksen kaltainen työpaperi, joka tehtiin ennen muutosta koskemaan muutoksen jälkeistä aikaa. Se sisälsi myös kysymyksiä, joihin oli haettava vastauksia. Tuolloin ei tiedetty paljoakaan ennakolta siitä, millaiseen todellisuuteen suunnitelman on asetuttava. Tässä vaiheessa se oli nimenomaan suunnitelma siitä, miten asia huomioidaan uudessa toimintaympäristössä, jotta laatu tulee turvatuksi. Se sai välivaiheessa täydennyksiä käytäntöjen kehittyessä. Arkityössä oikeita toimintamalleja oppimalla kysymykset löysivät vastauksensa. Kehittämistyön arvioinnin yhteydessä muodostettiin eri täydennyksistä yhdistetty asiakirja, joka näin jalostui käytännölliseksi oman yksikön käyttöön tarkoitetuksi toimintaohjeksi.

Asiakirjassa kuvataan, miten työtä tehdään juuri tässä työyhteisössä, jotta tavoite suositusten mukaisen ja näyttöön perustuvan elämän loppuvaiheen hoitokäytännön muodostumisesta palveluasumisen toimintaympäristössä voi toteutua. Sen sisältö muotou-

tui täysin työyhteisön itsensä ohjaamana niistä asioista, joihin sen katsottiin tarpeelliseksi keskittyä. Koska kyseessä on työyhteisön sisäinen sopimus ja oman työyksikön oma yksikkökohtainen ohjeistus, se ei ole raportin liitteenä, mutta sen sisältö on kuvailtu alla.

Yhteisen näkemyksen mukaan laadukas elämän loppuvaiheen hoito alkaa siitä, että jokaisen asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa pidettävässä perhepalaverissa otetaan puheeksi luontevasti myös elämän loppuvaiheen hoitoon kuuluvat asiat. Yhteisen näkemyksen ensimmäinen periaate on suunnitelmallisuus ja ennakointi ja sen toteuttaminen alkaa puheeksi ottamisella.

Uuden asukkaan terveydentilasta ja toimintakyvystä riippuen puheeksi otettavat asiat voivat olla jo hyvin konkreettisen elämän loppuvaiheen hoidon suunnitelman tasolla tai varsin yleisluontoisia. Erilaisista linjauksista ja hoitopäätöksistä annetaan tietoa kunkin perheen tarpeiden mukaan. Kuitenkin tärkeintä on asian puheeksi ottaminen ajoissa, sen selvittämiseksi, mikä on asukkaan oma tahto ja hänen läheistensä näkemys asiassa. Tahto myös kirjataan hoito- ja palvelusuunnitelmaan heti, kun se saadaan selville. Jos asukas ja / tai hänen läheisensä eivät ole vielä valmiita kertomaan näkemystään, heille annetaan aikaa asian käsittelyyn ja asia otetaan uudelleen puheeksi myöhemmin. Asukkaalle ja hänen läheisilleen kerrotaan, että yksikössä on valmius hoitaa kuolemaan asti ja se, millaisin rajauksin hoitoa voidaan toteuttaa.

Yhteinen näkemys on myös se, että elämän loppuvaiheessa tarvittaviin hoitolinjauksiin ja lääkkeisiin huolehditaan lääkärin määräykset ajoissa. Tilanteen seuranta ja etupainotteinen reagointi ovat avainasemassa, esimerkiksi tarvittavat lääkkeet tilataan mieluummin jo ennen kuin niitä tarvitaan. Ennakointi on ainoa keino mahdollistaa laadukkaan hoidon toteuttaminen asukkaan tilanteen muuttumiseen herkästi reagoiden.

Yhteinen näkemys jalostui toimintaohjeen kaltaiseksi välivaiheen aikana varsin yksityiskohtaisella ja käytännönläheisellä tavalla. Välivaiheessa havaittiin, ettei lukuisissa organisaation ja sairaanhoitopiirin ohjeistuksissa ollut selkeää ja käytännöllistä ohjeistusta siitä, kuinka kuolemantapauksissa hoitajien tulee konkreettisesti toimia palvelu-

asumisen toimintaympäristössä. Ohjeita kyllä oli, mutta ne koettiin kapulakielisiksi ja epäselviksi sekä osittain ristiriitaisiksi: ne eivät palvelleet käytäntöä.

Yhteisessä näkemyksessä on kokemuksesta opitut käytännön asiat kirjoitettu auki. Siinä luotiin hyvin yksityiskohtainen listaus asioista, jotka kuoleman tapahduttua tehdään: kuinka asian käsittely eroaa eri tilanteissa (onko päivystysaika vai virka-aika ja onko asukkaalla hoitolinjaus) sekä mitä pitää muistaa tietojärjestelmien osalta. Yhteinen näkemys sisältää vielä ne toimenpiteet, jotka kuoleman jälkeen asian loppuun viemiseksi on muistettava ja huolehdittava, kuten käytännöt kuolintodistuksen ja hautausluvan toimittamisesta omaisille ja suruliputuksen järjestämisestä.

Jatkotyöstämisestä sovittiin, että asiakirja päivitetään aina tarvittaessa, kun organisaation ohjeistukset päivittyvät, tai sen ajantasaisuus tarkastetaan muuten vähintään kerran vuodessa. Lopputulos jaettiin koko työyhteisölle tiedoksi henkilökohtaisesti sähköpostijakeluna ja lisättiin perehdytyskansion sisältöön.

5.2 Elämän loppuvaiheen hoitotyö muuttuvassa toimintaympäristössä hoitotyön ammattilaisten kuvaamana

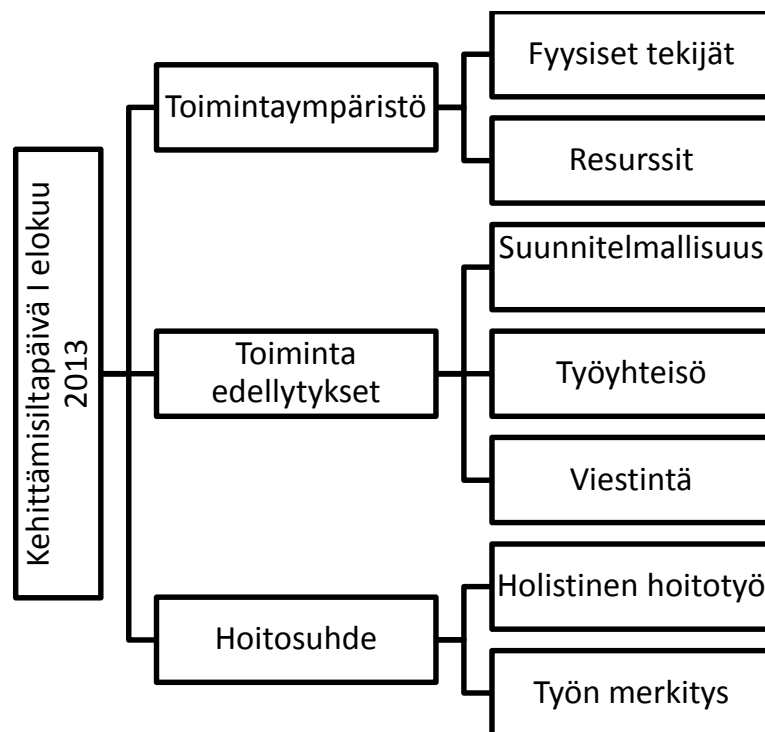
5.2.1 Ennen muutosta

Ensimmäisessä ryhmäkeskustelussa keskusteltiin kysymyksestä ”**Miten koet elämän loppuvaiheen hoidon laadun työssäsi juuri nyt?**” Kysymys siitä, miten elämän loppuvaiheen hoitotyön laatu ja laadun toteuttaminen koetaan tällä hetkellä (laitoshoidossa) jakaantui pääluokkina toimintaympäristöä (Ty) ja toimintaedellytyksiä (Te) koskeviin ja laajasti hoitosuhdetta (H) koskeviin tekijöihin, joka sisältää myös ilmaukset siitä, miten elämän loppuvaiheen hoito tällä hetkellä koetaan osana työtä.

Toimintaympäristöä koskevat ilmaukset (16 kpl) jakaantuivat kahteen teemaan. Suurempi ryhmä on fyysiset tekijät (TyF), joka käsittää fyysiset tilat ja välineet. Pienempi joukko mainintoja koski muita resursseja (TyR) eli työajan käyttöä ja henkilökunnan määrää.

Toimintaedellytykset (14 kpl) jakautuivat kolmeen teemaan. Suunnitelmallisuuden (TeS) teema merkitsi linjauksia ja ohjeita. Työyhteisön (TeY) teema kertoi työyhteisössä jaetuista näkemyksistä, osaamisesta, yhteistyöstä tai niiden vaihtelusta. Näiden lisäksi erottui muutama vastaus jotka luokiteltiin viestintää (TeV) koskevaksi teemaksi.

Hoitosuhdetta koskevat ilmaukset (12kpl) sisälsivät teemat holistisesta (kokonaisvaltaisesta) hoitotyöstä (HH) ja ilmaukset, jotka kertoivat tämän hetkisestä kokemuksesta laadusta ja elämän loppuvaiheen hoitotyön merkityksestä osana työtä (HM).



Kuvio 7: Tulokset kysymyksestä 1 elokuussa 2013

Rakenteellisina tekijöinä juuri fyysinen ympäristö eli käytössä olevat tilat ja miten hoito oli näissä puitteissa järjestelty, nousi vahvimaksi näkökulmaksi. Kaikissa ryhmissä toimintaympäristö koettiin fyysisiltä tiloiltaan haastavaksi ja siten vaikuttavan laatuun, mutta sitä kiiteltiin, että välineitä on hyvin käytettävissä. Muina tekijöinä esiintyivät työjärjestelyt. Resursseista laatuun vaikuttavana tekijänä nostettiin erityisesti työajan käyttö ja henkilökuntamäärä esiin laatua haastaviksi tekijöiksi:

”Tällä hetkellä ulkoiset resurssit huonot, neljän hengen huoneita ym.” (TyF)

”Päivä / iltavuorossa ei kerkeä tarpeeksi olla saattohoitovaiheessa olevan kanssa.”
(TyR)

Toimintaedellytyksissä nousi työyhteisön ja organisaation osuus esiin. Vastauksissa työtiimin koettu osaaminen ja kyvykkyys vastata vaihtelevien tilanteiden haasteisiin nousivat selvästi omaksi tekijäkseen ja nostettiin erilleen muista aineettomista resursseista. Yhteisen näkemyksen löytämisen vaikeus arkityössä ja toisaalta yksiselitteiset toimintaohjeet ja niiden järjestelmällinen noudattaminen olivat näkökulmat, joista kuvattiin työyhteisön sekä organisaation merkitystä laadukkaan työskentelyn taustatekijänä.

Yhtenäisen näkemyksen puute, tulkinnanvaraiset ohjeet tai toisistaan poikkeavat tulkinnat eri ammattilaisten välillä ja yksilölliset tavat soveltaa omaa osaamista nähtiin siten, että se voi aiheuttaa laadun vaihtelua, mikä ei ole toivottavaa. Useiden ryhmien vastauksissa näkyi se, että työyhteisössä voi olla yksilötasolla paljon vaihtelua näkemyksissä tai osaamisessa, vaikka yhtenäisiä ohjeita ja yhtenäinen näkemys niiden soveltamisesta periaatteessa on olemassa:

”Kaikki tietävät miten toimitaan, yhtenäiset ohjeet = laatua.” (TeY)

”Kivun hoito ymmärretään jokainen tavallaan, todella erilaisia näkökulmia.” (TeY)

Silti vastauksissa nähtiin myös, että yhteinen ponnistelu samaan päämäärään on myös työyhteisön kannalta terveellistä:

”Saattohoitovaihe saattaa yhdistää henkilökuntaa.” (TeY)

Laadukkaan toiminnan edellytyksenä on yhteisymmärrys tilanteesta, päämäärästä ja keinoista. Suunnitelmallisuuteen pyrkiminen yleisesti koettiin laatua parantavaksi mutta myös haasteeksi. Onnistuessaan se toimi laadukkaan työskentelyn perustana,

mutta vaati kaikilta osapuolilta riittävää osallisuutta. Yhtenä yhteisymmärryksen saavuttamisen keinona käsiteltiin vahvasti viestintää koko verkostossa. Erityisesti lääkärin rooli nousi vastauksissa usein esiin.

”Turhilta siirroilta (toiseen laitokseen) yleensä vältetään, alusta loppuun samassa.” (TeS)

”Lääkärin tulisi linjata kaikki tarkalleen. ER ei riitä, vaan antibiootihoidot ym.” (TeS)

Toimintaedellytyksistä viestintä ja tiedonkulku esiintyi vastauksissa omana teemanään, vaikka se kytkeytyy joskus vahvasti suunnitelmallisuuden teemaan. Viestintä nousi omaksi teemakseen juuri omaisyhteistyön näkökulmasta. Merkitys laadulle on keskeinen, sillä toteutuminen koettiin ristiriitaisesti, kun toisten kokemusten mukaan omaisyhteistyö on sujuvaa ja toisten kertoman mukaan aina ei oltu keskinäisessä yhteisymmärryksessä:

”Omaisten kanssa pystytään hoitolinjaukset sopimaan.” (TeV).

”ER – päätös: omaiset ja henkilökunta ymmärtävät asian tavallaan.” (TeV).

Hoitosuhteesta kerrottiin, että sen koettiin koskettavan koko kuolemassa olevan henkilön lähipiirin tukemista ja mukanaoloa prosessissa. Omaisyhteistyö on vastausten perusteella merkittävä osa elämän loppuvaiheen hoitotyön laatua. Hoitosuhteiden päätöksenä hyvin hoidettu saattohoitovaihe nähtiin tärkeänä. Lisäksi vastauksista kävi selvästi esiin sekin, että laadukkaan hoitotyön ei koettu päättyvän elämän päättymisen hetkellä, vaan jatkuvan aina vainajan luovuttamiseen asti:

”Vainaja laitettu kauniisti.” (HH)

”Voidaan vainaja laittaa vielä kappeliin omaisten hyvästelyn ajaksi.” (HH)

”Omaiset voivat olla mukana hoidossa.” (HH)

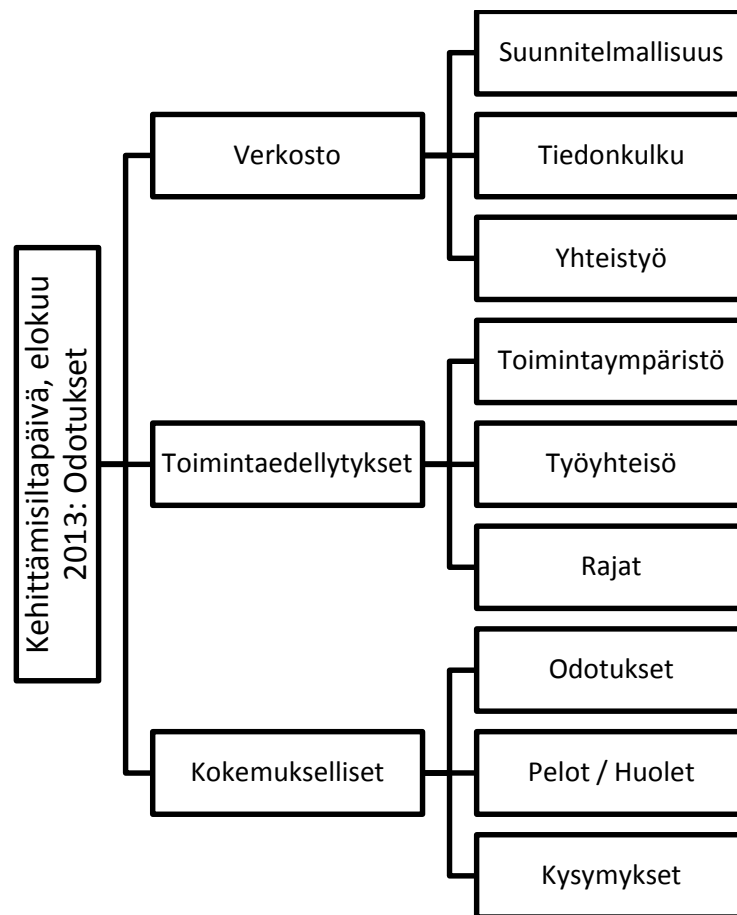
Elämän loppuvaiheen hoitotyön merkityksestä, siitä millainen osa se on työtä ja min-kälaista sen laatu on, todettiin hyvin yksimielisesti, että se on iso osa työtä ja haasteis-taan huolimatta sen koettiin toteutuvan laadukkaana. Vastauksien mukaan on itsestään selvää tehdä päivittäinen työ laadukkaasti ja sen koettiin olevan työssä positiivinen elementti:

”Tärkeä osa työtä, vaativaa ja palkitsevaa.” (HM)

” + laatu on arkipäivää.” (HM)

Toisessa ryhmäkeskustelussa keskusteltiin kysymyksestä ”**Mitä odotat muuton jäl-keiseltä ajalta elämän loppuvaiheen hoidon kannalta?**” Odotukset elämän loppu-vaiheen hoidon toteutumisesta muuton jälkeen jakautuivat selkeästi kahteen erilaiseen joukkoon. Suurempi joukko (36) koski rakenteellisia kysymyksiä ja sen pääluokiksi nousi verkosto (V) ja toimintaedellytykset (T). Verkostot koskevat lääkärin, omaisten ja viranomaisten kanssa tehtävää yhteistyötä, ja sen teemat koskivat suunnitelmalli-suutta (Vs), tiedottamista (Vt) ja yhteistyötä (Vy). Toimintaedellytykset koskivat tilo-ja, välineitä, toimintaohjeistuksia, ammattitaidon hyödyntämistä ja hoitosuhteen sisäl-töä ja teemoina olivat toimintaympäristö (Tt), työyhteisön toiminta (Ty) ja toiminnan rajat ja ohjeet (Tr).

Kokonaisuutena pienempi (25) ilmaisujen joukko koski subjektiivisia kokemuksia, kuten odotukset, pelot, huolet, tunteet ja vielä avoimena olevat mieltä askarruttavat kysymykset siitä, miten asiat sujuvat. Subjektiivisten kokemusten joukko muodosti yhden pääluokan: kokemukselliset (K) ilmaukset. Teemoina olivat neutraalit odotuk-set (Ko), pelon-, huolen- ja tunteenilmaisut (Kp) ja selkeät kysymykset (Kk).



Kuvio 8: Tulokset kysymyksestä 2 elokuussa 2013

Odotukset verkostosta osoittivat, että omaisten roolin ja heidän kanssaan tehtävän yhteistyön merkityksen odotettiin lisääntyvän. Uusien yhteistyökumppanien, eli viranomaisten ja hautausseuran vieraus, sekä se, että uudet toimintatavat eivät ole selkeytyneet, näkyivät odotuksissa. Vastauksissa kyseltiin selkeyttä vastuun- ja tehtävien jakoon ja toimintaan.

”Elämän loppuvaiheen hoito avattava kunnolla myös omaisille” (Vt)

”Omaisista mukaan loppuvaiheen hoitoon > yhden hengen huoneet hyvät.” (Vy)

”Miten hoitajana voi olla ’kylmä’ kun tuttu ihminen kuolee ja joutuu pesemään kätensä koko hommasta, muut viranomaiset hoitaa.” (Vy)

Yhtenäisyyden ja selkeyden kaipuu nousi esiin usean ryhmän vastauksissa, ohjeiden puute ja työskentelyn aikaan vielä epäselvät ja puutteellisesti tunnetut käytännöt tulivat selvästi esiin: tarvittiin selkänöjä, johon tukeutua epäselvässä tilanteessa ja kaivattiin auktoriteettia sitä antamaan:

”Paperille toimintaohjeet jotka oma lääkäri allekirjoittaa.” (Vs)

Yhteistyöverkosto ja sen uudet käytännöt hämmensivät ja siitä nousi sekä positiivisia että varautuneita ajatuksia. Erityisesti vastausten perusteella nähtiin jo omaisyhteistyön uudet mahdollisuudet.

”Laadittava omaisten kanssa hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma. (Omaisten vastuu + selkeät ohjeet + selkeät hoitolinjat.)” (Vs)

Toimintaedellytyksissä odotukset toimintaympäristön osalta olivat ristiriitaisia, toisaalta odotettiin yhden hengen huoneiden ja uusien tilojen tuovan parempia mahdollisuuksia ja toisaalta muistettiin, että hoitoon tarvittavan välineistön saatavuus monimutkaistuu. Työyhteisön saattohoito-osaamisen tason säilymisestä ja yhtenäisistä toimintamalleista kannettiin vastauksissa huolta. Toiminnan uudet rajat, jotka vielä tässä vaiheessa nekin olivat epäselvät, näyttäytyivät siten, että ne tulevat laskemaan kokonaislaatua. Erityisesti kokemus laadukkaan hoidon ja hoitosuhteen jatkumisesta vielä vainajalle tehtäviin toimenpiteisiin asti nousi odotuksissa esiin siten, että kun näitä totuttuja toimenpiteitä ei enää tehdä, se laskee koko prosessin laadun tasoa.

”Laatu laskee, vainajaa ei enää laiteta kauniisti.” (Tr)

”Paremmat tilat rakenteellisesti > yksityisyys ↑, perhekeskeisyys ↑.” (Tt)

”Saattohoito-osaaminen tulee laskemaan, jos ei asukkaita hoideta loppuun asti ja helposti lähetetään muualle.” (Ty)

”Yhtenäiset toimintaohjeet! Sooloilu sekoittaa kaiken.” (Ty)

Epävarmuus tulevaisuudesta muuttuneessa toimintaympäristössä ja lukuisat avoimna olleet kysymykset pääsivät kanavoitumaan tätä kautta ja mahdollisuutta ajatusten ja tunteiden sanomiseen ääneen siis myös käytettiin. Vastauksissa oli tulevaisuuteen liittyen luonnollisesti runsaasti ilmauksia, joilla kerrottiin tunteista (”tuntuu”, ”pelottaa”), sekä kysymyksiä (”miten?”):

”Pelottaa lääkehoito, miten onnistuu, joutuuko asukas kärsimään kivusta, jos ei heti lääkettä saatavilla?” (Kp)

”Miten ajatukset ja kokemukset sekä osaaminen kohtaa ..[uusien työtovereiden].. kanssa?” (Kk)

Selkeästi ilman suurempia tunnelatauksia ilmaistuja odotuksia yhdisti lähinnä se, että tason oletettiin heikkenevän eri syistä. Odotukset olivat toteavia ja täydennetty ehdollisiksi sivulausein tai lisähuomautuksin.

Toisaalta uutena yhteistyökumppanina poliisi nousi vastauksissa runsaasti esiin. Poliisin tuloa yhteistyökumppaniksi kuolemantapauksissa väritti pelko ja hämmennys. Vastauksissa uskallettiin kertoa suoraan miltä tuntuu laajentaa verkostoyhteistyötä sellaiseen kumppaniin, joka on tuntematon, jonka mukana oloa on vaikea hahmottaa ja josta on ennestään täysin eri asiayhteyksiin perustuvia mielikuvia:

”Tuntuu inhottavalta sotkea poliisi asiaan.” (Kp)

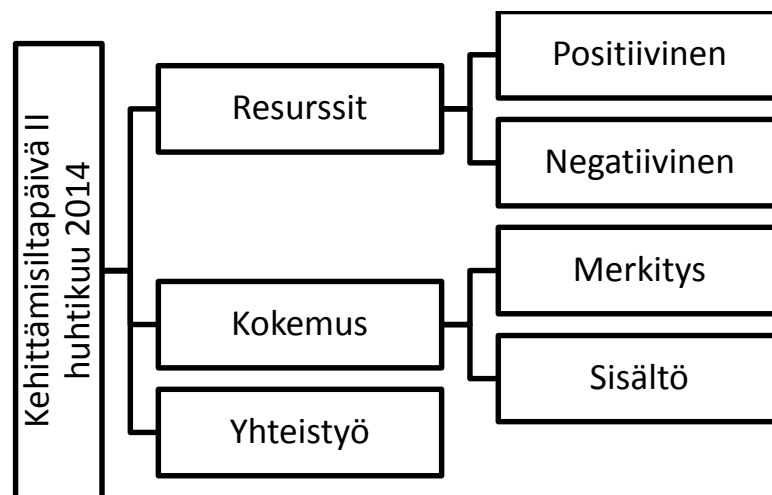
”Pelottaa haastavat hetket poliisin kanssa.” (Kp)

”Hoitajista tulee pieniä rikollisia.” (Kp)

Viimeisimmällä esimerkillä viitattiin ilmeisimmin viranomaisohjeistukseen, jonka mukaan vainajaan ei saa koskea ennen kuin poliisi on käynyt paikalla ja antanut luvan. Kuitenkin ammattiosaamisen ja ammattietiikan normien mukaan elintoiminnot on elottomalta tarkastettava ja hoitotyön ammattilaisille ohjeistus olla koskematta vainajaan näyttäytyy perin ristiriitaisena monella muullakin tavalla.

5.2.2 Muutoksen jälkeen

Ensimmäiseksi keskusteltu kysymys siitä, **miten elämän loppuvaiheen hoitotyön laatu ja laadun toteuttaminen koetaan tällä hetkellä** (palveluasumisessa) jakaantui kolmeen pääluokkaan. Edelleen esiin nousi jonkin verran resurssien merkitystä ja pääluokkana resurssit (R) jakaantuivat positiivisten (Rp) ja negatiivisten (Rn) kokemusten teemoiksi, mutta mainintoja oli vähän. Eniten (14 ilmausta) vastaajat kertoivat siitä, miten kokevat elämän loppuvaiheen hoitotyön laadun ja sen toteuttamisen: tästä tuli kokemusten (K) pääluokka, joka jakaantui hiuksenhienosti ilmauksiin kertoen merkityksestä (Km) tai sisällöstä (Ks). Loput vastaukset mainitsivat poikkeuksetta omaisten kanssa tehtävän yhteistyön ja viestinnän. Nämä vastaukset olivat saman sisältönsä takia mahdotonta jakaa enää teemoihin ja voimaan jäi vain yhteistyötä (Y) kuvaileva pääluokka.



Kuvio 9: Tulokset kysymyksestä 1 huhtikuussa 2014

Resurssikysymyksessä eri ryhmillä oli hyvin erilaisia näkemyksiä. Toisten ryhmien vastauksissa koettiin resurssipulaa, toisten mielestä taas resurssipulaa ei ollut. Resurssissa pohdittiin pääasiassa henkilökuntamäärää, mutta myös muut laadukkaan hoitotyön tekemisen edellytykset saivat omat yksittäiset mainintansa:

”Työvoiman määrä voi heikentää laatua” (Rn)

”Nykyisten resurssien mukaan ihan hyvä laatu” (Rp)

”Saattohoidon toteuttaminen ’välineiden’ puolesta monimutkaisempaa, lääkkeit, happi yms.” (Rn)

Koetusta elämän loppuvaiheen hoitotyön laadusta ja sen toteuttamisesta kertoivat ilmaukset, joilla kuvailtiin sen sisältöä tai merkitystä omassa työssä. Useampi ryhmä kertoi sen tulleen merkittävämmäksi osaksi työtä ja sen arveltiin tulevaisuudessa vielä lisääntyvän, mutta toisaalta toiset kokivat että merkitys on ennallaan. Sisällöstä kerrottiin, että asiat sujuvat tällä hetkellä suhteellisen hyvin.

”Elämän loppuvaiheen hoito enemmän ajatuksissa” (Km)

”Yritetään toteuttaa laatusuositusten mukaisesti” (Ks)

Useampi ryhmä myös mainitsi, että elämän loppuvaiheen hoitotyö merkitsee osalle hoitajista nyt aivan uutta osaamishaastetta, sillä kaikkien työssä sitä ei aikaisemmin ole ollut. Yhdestä ryhmästä kerrottiin, että laadun toteuttaminen koetaan ristiriitaisesti, mutta tätä ei avattu millään tarkennuksella.

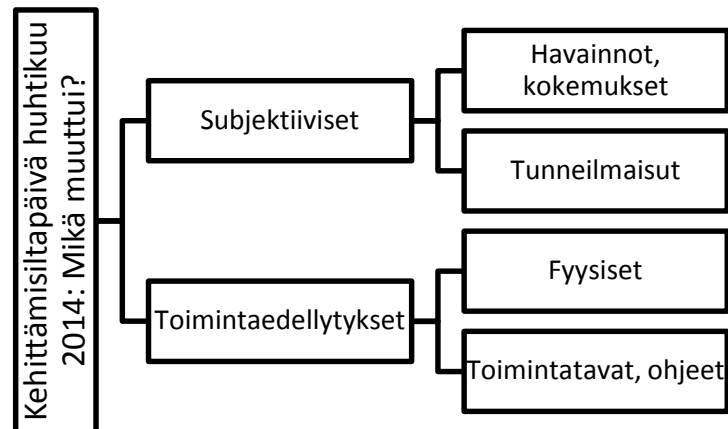
Yhteistyön pääluokassa yhdistävä tekijä on omaisyhteistyö. Vaikka tästä ei yksityiskohtaisesti kerrottu, maininnat ovat hyvin yhteneväisiä kuvaten keskustelun avoimuuden ja kokonaisvaltaisen kohtaamisen tärkeyttä elämän loppuvaiheen hoidossa:

”Otetaan hyvin huomioon asukkaat sekä omaiset” (Y)

Toiseksi keskusteltiin muutoksesta. Kokemuksien kuvaamisessa muutostapahtuman yhteys tuleeikin parhaiten selville kysymällä, **mikä on muuttunut ja miten se on koettu?** Tämän kysymyksen yhteydessä vastaukset tarkentavat myös kuvaa laadun kokemuksesta muutoksen jälkeen, ei pelkästään muutoksesta.

Vastauksista erottui kaksi pääluokkaa, joista toinen oli puhtaasti subjektiivisiin kokemuksiin, havaintoihin ja tunteiden ilmauksiin keskittyvä (9kpl). Subjektiivinen (S) pääluokka jakautui kahteen teemaan, joista toiseen kuuluivat havainnot ja kokemukset

(Sh) ilman selkeää teon tai tunteen kuvausta ja toiseen tunneilmaukset (St), joissa selkeästi kuvattiin erilaisia tunteita.



Kuvio 10: Tulokset kysymyksestä 2 huhtikuussa 2014

Vastauksissa esiintyivät usein sanat, joilla kuvattiin tuntemuksia. Eniten ilmaistiin, että oli koettu epävarmuutta ja muutosta pidetään haastavana. Toisaalta myös joidenkin asioiden oli koettu kehittyneen.

”Suhtautuminen kuolevan hoitoon parantunut, kivunhoito ei.” (Sh)

”Muutos koetaan ärsyttäväksi, stressaavaksi. Hoitaja voi kokea itsensä tyhmäksi ’tuhien’ ohjeistuksien ja useiden palvelujen seassa → VIE AIKAA!!” (St)

”Enemmän haastetta & ennakkointia → laadun pysyminen hyvänä (esim. kipulääkkeet valmiina jne)” (Sh)

Toinen pääluokka sulki sisäänsä rakenteelliset tekijät (16kpl), eli niissä kuvattiin tekemistä ja sen tapoja, laadukkaan toiminnan mahdollistavia tai sitä hankaloittavia tekijöitä, kuten henkilöstö- ja toimintajärjestelyjä, sekä konkreettisia tiloja. Tämä nimettiin toimintaedellytyksiksi (T) ja se jakaantui fyysisten tilojen ja välineiden teemaan (Tf) ja ohjeiden ja toimintatapojen teemaan (Tt) eli aineellisiin ja aineettomiin toimintaedellytyksiin.

Kaikki ryhmät toivat vastauksissaan esiin, että se mikä on muuttunut, on että yksilöllisyys on lisääntynyt ja tämä kytkettiin erityisesti fyysisten tilojen kautta oman huoneen rauhaan. Toimintatapojen kuvattiin muuttuneen siten, että siitä oli sekä hyviä että huonoja seurauksia elämän loppuvaiheen hoidon laadulle.

”Laatu parantunut yhden hengen huoneiden myötä → yksilöllisyys.” (Tf)

”Tarvittavat lääkkeet ym. viiveellä saatavilla, ennen haki vain lääkekaapista.” (Tt)

”Aikaa enemmän kuolevalle (keskustelut).” (Tt)

”Asiat tehdään samalla lailla, kunhan on välineet.” (Tf)

Käytäntöjen koettiin muuttuneen epäselvemmiksi mutta joissakin vastauksissa ilmeni, että työajan käytössä on mahdollistettu joustoa. Se, mistä ryhmissä oltiin myös eniten huolissaan, on muutos oirehoidon toteuttamisen edellytyksissä, sillä esimerkiksi kipulääkkeen saaminen asukkaalle vie enemmän aikaa ja on monimutkaisempi prosessi.

5.3 Luotettavuuden arviointi

Kriittisesti koko prosessia arvioiva asenne tutkimustyöskentelyssä, tarkan kuvailun lisäksi, parantaa lopputuloksen luotettavuutta ja pätevyyttä laadullisessa lähestymistavassa. On mahdollista arvioida luotettavuutta vain tarkastelemalla koko prosessia ja siinä tehtyjä valintoja ja valintojen perusteluja suhteutettuna päämäärään ja tuloksiin. (Saaranen – Kauppinen & Puusniekka n.d.) Tutkimustehtävä oli selvittää hoitotyön ammattilaisten näkemys elämän loppuvaiheen hoidon laadusta toimintaympäristön muutoksen yhteydessä, arvioida kehittämistyön onnistumista ja tarkastella toimintaympäristön muutoksen yhteyttä koettuun hoidon laatuun. Tutkimuksessa totuudellisuus tarkoittaa sitä, että se tuo esiin tutkittavien käsityksiä (Aaltio & Puusa 2011, 155).

Puusa & Juuti (2011, 23) muistuttavat, että tutkijan on oltava tiedostanut taustaoletuksensa. Kehittämistehtävän taustalla kieltämättä on odote, että palveluasumiseen siirryttäessä laatu muuttuu. Objektiivisuus aineiston käsittelyssä tulee kuitenkin siitä, että subjektiivisuus tulee tiedostetuksi, sillä laadulliseen aineistolähtöiseen tutkimukseen tekijän taustat, valinnat ja uskomukset vaikuttavat joka tapauksessa (Kananen 2008, 28, 121). Tällöin yksi sisällönanalyysin luotettavuuteen vaikuttava tekijä on tutkija itse. Suunnitteluvaiheessa taustaoletukset ja lähtökohdat tiedostettiin ja purettiin keskustelemalla suunnittelussa mukana olevien tahojen kanssa.

Tutkimus piirtää kuvan yhden toimintayksikön hoitotyön ammattilaisten näkökulmasta, ajatuksista ja kokemuksista, eikä sen tulos ole tarkoitettu olevan yleistettävissä (Kananen 2008, 25). Laadullinen analyysi on riippuvainen tekijästään ja toisen henkilön tulkinta samoista asioista on hyvin todennäköisesti erilainen, mutta voi silti olla yhtä oikea (mts. 97). Luotettavuuden saavuttamiseksi päättelypolku on tuotava näkyväksi raportoinnissa (Aaltio & Puusa 2011, 156).

Voidaan arvioida että luotettavuutta tukee se, että informanteiksi on valikoitunut joukko, joka todennäköisesti tietää mahdollisimman paljon tarkastelun kohteena olevasta ilmiöstä (Kananen 2008, 37-38). Paitsi tutkittavilla, myös aineistonkeruun kontekstilla on oma roolinsa tutkimuksen luotettavuudelle. Vastausten laatuun vaikuttavat esimerkiksi se miten kysytään, mitä tutkittavat oikeastaan haluavat kertoa ja sellaiset aineistonkeruutilanteeseen liittyvät seikat, jotka voivat vaikuttaa vastauksiin tietoisesti tai tiedostamatta. (Mts. 122).

Kysymykset, joita ryhmäkeskusteluissa käsiteltiin, muotoiltiin avoimiksi. Tutkimuksen tekijän omaa vaikutusta tutkittavaan aineistoon minimoitiin siten, ettei tekijä osallistunut ryhmäkeskusteluihin itse vaan ainoastaan ensin ohjeisti ryhmät ja sitten huolehti aikataulusta. Ryhmät saivat muotoilla vastauksensa vapaasti. Ryhmäkeskusteluista saatiin aineistoa vaihtelevasti. Joiltakin ryhmiltä palautettiin lähes täysi paperi, toisilta vain muutamia ajatuksia. Toisilla ryhmillä ilmaisu oli hyvin pelkistettyä ja tyypistettyä, kuten listattuna plussia ja miinuksia. Kuitenkin enimmäkseen vastaukset koostuivat kokonaisista tai lähes kokonaisista virkkeistä. Ensimmäisessä kehittämisil-tapäivässä tuotettu aineisto oli ilmaisultaan ja sisällöltään rikkaampaa ja monipuoli-

sempaa. Toisessa kehittämisiltapäivässä ryhmäkeskustelut tai ainakin niistä ylös kirjatut asiat olivat selvästi sisällöltään köyhempiä ja ilmaisultaan suppeampia. Tällä voi olla vaikutusta saatavan tulokinnan laatuun ja sitä kautta johtopäätöksiin.

Syyt aineiston heikompaan laatuun toisessa aineiston keräämisvaiheessa, saman menetelmän käyttämisestä huolimatta, voivat olla siinä, etteivät kysymykset enää inspiroineet samalla tavalla kuin ensimmäisellä kerralla – voitaisiin sanoa, että hedelmällisin hetki oli mennyt kun aikaa oli kulunut ensimmäisestä aineistonkeruuvaiheesta yli puoli vuotta. On mahdollista, että keskustelun ja kirjaamisen ohjeistus oli myös kevyempi tai tuotettavan aineiston merkitystä tutkimusaineistona ei ohjeistuksessa korostettu riittävästi. Koska omien ajatuksien antaminen tutkimuskäyttöön myös perustuu täydelliseen vapaaehtoisuuteen ja tämä tuotiin ohjeistuksessa tiedoksi, voitiin tilanteessa tehdä havainto, etteivät aivan kaikki osallistujat osallistuneet keskusteluun keskusteluryhmissä lainkaan toisen aineiston keruuvaiheessa. Heillä oli täysi oikeus myös vaieta, mutta jää epäselväksi, miksi he tämän valinnan olivat tehneet.

Paikka oli myös vaihtunut, eli aineiston keruu ei tapahtunut samanlaisessa ympäristössä ensimmäisellä ja toisella kerralla. Ensimmäisen aineistonkeruun ajankohdassa päästiin irtautumaan arkityön ympäristöstä erilliseen tilaan, mutta toisen aineistonkeruun ajankohdassa kehittämisiltapäivä järjestettiin samoissa tiloissa, joissa arkityö tehdään. Se saattoi tiedostamatta vaikuttaa osallistujien kykyyn ja haluun syventyä keskusteluun.

Arviointi on mahdollista vain tarkan dokumentoinnin kautta (Kananen 2008, 128). Analyysiprosessin kuvaamisen on oltava systemaattista ja avointa varmistaakseen sen tarkastettavuuden ja perustelut (Puusa 2011, 116). Tuloksissa on esitelty otteita aineistosta ja raportti avaa itse prosessin kulun, mitä ja miten on tehty ja miksi.

Triangulaatio eli usean eri aineistonkeruumenetelmän yhdistäminen, jonka yleisesti katsotaan parantavan luotettavuutta (Kananen 2008, 40-41; Saaranen – Kauppinen & Puusniekka n.d.), ei tässä toteutunut. Osa aineistosta oli suunniteltu saatavaksi ryhmäpäiväkirjamerkinnoista. Merkintöjä ryhmäpäiväkirjaan saatiin lopulta vain yksi, eikä sillä voitu katsoa olevan enempää informaatioarvoa. Ajatus ryhmäpäiväkirjasta siis

epäonnistui täysin, syynä voi olla huono tiedottaminen, ryhmäpäiväkirjan käyttämisen unohtaminen tiedottamisesta huolimatta, kirjaamisen vaatiman ajan puute sekä se, että uudessa rakennuksessa ei ollut enää yhteistä kansliaa, jossa ryhmäpäiväkirja olisi ollut jatkuvasti kaikkien näkyvillä.

Aineiston vahvistamiseksi pohdittiin ryhmäkeskustelujen tueksi haastatteluja, mutta koska tutkija olisi tässä tapauksessa ollut haastateltavilleen tuttu, todettiin, että tällä voi olla haastattelulla saatavaan aineistoon liikaa vaikutusta. Tuttuudesta johtuen tutkimuksen tekijä myös ymmärsi, ettei nimettömien kirjoitelmien pyytäminen toisi enempää aineistoa. Tutkijan tuttuus tutkittaville ohjasi alun perin myös valitsemaan käytetyn ryhmäkeskustelumenetelmän. Menetelmän valintaa on raportissa perusteltu raportin aineiston keruuta kuvailevassa luvussa.

6 Johtopäätökset

Päälöydöksenä on, että elämän loppuvaiheen hoitotyö on mahdollista toteuttaa laadukkaasti myös palveluasumisen toimintaympäristössä, mutta sen toteutuminen vaatii sen edellytyksistä huolehtimista monilla tasoilla. Organisaatiomuutoksen yhteydessä muuttuvien laatuun vaikuttavien työprosessien sujuvuuden kehittäminen ja uusien toimintatapojen ohjeistaminen tulee olla käytännönläheistä, systemaattista ja organisoitua, koska sillä on suora vaikutus paitsi toteutuvaan laatuun, myös työn sujuvuuden kokemuksen kautta työhyvinvointiin ja muutосkokemukseen.

Hoitotyön ammattilaiset kokevat ammatillisia paineita siitä, että selkeiden ja yhteistyöverkostossa samoin ymmärrettyjen toimintatapojen puute tai palvelujärjestelmän rakenteelliset tekijät aiheuttavat vaikeuksia arkityön sujuvuudelle ja sitä kautta toiminnan sujuvuuden kangertelu elämän loppuvaiheen hoidon yhteydessä (sekä ennen että jälkeen kuoleman) heikentää kokemusta työssä onnistumisesta. Hoitotyön ammattilaiset kokevat, että elämän loppuvaiheen hoito on tärkeä osa työtä, jonka merkitys tulee vielä kasvamaan tulevaisuudessa ja jossa tarvitaan jatkuvasti tukea ja osaamisen vahvistamista tasalaatuisen työskentelyn turvaamiseksi.

Hoitotyön ammattilaiset pitävät omaisyhteistyötä arvokkaana ja tärkeänä osana elämän loppuvaiheen hoidon kokonaisuutta, mutta kokevat välillä sen sujuvan toteuttamisen haasteeksi, ensisijaisesti yhteisymmärryksen puuttuessa. Hoitotyön ammattilaisten kokemus hoitosuhteesta on kokonaisvaltainen ja hoitosuhteen koetaan päättyvän vasta vainajan poistuessa rakennuksesta: ammatillinen kunnia-asia on myös huolehtia usein pitkäaikainen hoitosuhde kauniisti päätökseen, jolloin viimeinen hoitotoimenpide eli vainajan laitto nähdään erityisenä tapahtumana.

Ennen muuttoa uuteen toimintaympäristöön vastauksissa korostui luonnollinen epävarmuus. Verkostoyhteistyötä koskien erityisesti korostui se, että lääkäriltä odotettiin auktoriteettiaseman käyttöä ja ohjeiden vahvistamista allekirjoituksella. Tämä voidaan tulkita niin, että lääkäriltä toivotaan vahvempaa osallistumista, selkeitä kannanottoja ja toimimista hoitohenkilöstön tukena auktoriteettiasemansa turvin. Uutena yhteistyökumppanina poliisi tuntui hyvin hämmentävältä.

Tarkasteltaessa vastauksia ennen ja jälkeen muutoksen, merkittävin havainto voidaan tehdä siitä, että muuton jälkeen fyysisten tilojen rooli laadun kokemuksessa hävisi lähes täysin, vain kerran mainittiin oman huoneen positiivinen merkitys. Resurssikysymyksessä nivoutuivat yhteen ensisijaisesti henkilökuntamäärät ja työajan käytön mahdollisuudet.

Rakenteellisina tekijöinä paitsi tilat, myös ylipäättään koko toimintajärjestelmä ja organisaation toimintatavat, ohjeistukset ja eri toimijoiden roolit olivat ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä saaduissa vastauksissa merkittävästi esillä. Toisessa kehittämisiltapäivässä ensimmäisenä käsitelty kysymys nykyisestä laadun kokemuksesta ei nostanut näitä samoja teemoja esiin. Se ei kuitenkaan tarkoita sitä, että asialla ei enää uudessa toimintaympäristössä olisi merkitystä tai se olisi kunnossa. Tämän voi todeta tarkastelemalla vastauksia siitä, minkä koettiin muuttuneen: muutoksen jälkeen laadun uhkaksi nousevat epäselvät tai monivaiheiset toimintaprosessit tilanteissa, joissa koetaan tarvittavan laadukkaan lopputuloksen saavuttamiseksi selkeyttä ja suoraviivaisuutta sekä järjestelmän reagointinopeutta.

Se, mikä säilyi muutoksesta huolimatta, on kuvailu kokemuksesta työn merkityksestä ja sisällöstä. Samankaltaisia ulottuvuuksia on tavoitettavissa molempien kehittämisiltapäivien vastauksissa esimerkiksi omaisyhteistyön merkityksestä ja sujuvuudesta eli hoitosuhteen kokonaisvaltaisuudesta. Ensimmäisen kehittämisiltapäivän aineistossa subjektiivisia kokemuksia ilmaistiin eniten, mistä voidaan päätellä, että asian käsittely kehittämisiltapäivässä oli tarpeellista ja palveli tarkoitustaan tunnekokemusten käsitelyssä ja yhteisöllisyyden edistämisessä.

Vertailua vaikeuttaa se, että ensimmäisen kehittämisiltapäivän vastaukset olivat huomattavasti rikkaampia ja monipuolisempia kuin toisesta kehittämisiltapäivästä saadut. Havainnollista on, että toisiaan vastaavia pääluokkia ei voinut löytää molemmista siten, että niiden yhdenmukainen nimeäminen olisi ollut mahdollista. Kuitenkin monenlaiset rakenteelliset tekijät, kuten resurssit erilaisine näkökulmineen, tulevat esiin molempien ajankohtien vastauksissa elämän loppuvaiheen hoidon laatuun koetusti vaikuttavana seikkana.

Toinen huomattava asia, joka esiintyy molempina ajankohtina annetuissa vastauksissa, on omaisyhteistyö: omaisten merkittävä rooli elämän loppuvaiheessa ja kommunikatio hoitohenkilöstön ja kuolemassa olevan henkilön läheisten välillä. Laadukkaan hoitotyön kokonaisvaltaisuudesta kertoo myös se, kuinka vastausten perusteella hoitotyön ammattilaisten tapa suhtautua vainajaan ja käsitellä häntä arvokkaasti ja parhaalla ammattitaidolla on ammattiylpeyden aihe ja sitä kautta se nähtiin osaksi laadukkaan työskentelyn kokonaisuutta.

Perusluonteeltaan tekniset, pitkälti rakenteellisista tekijöistä riippuvat toimintaprosessin hankaluudet tulivat hyvin vahvasti esiin kehittämistyön lopputuloksessa. Työn sujuvuuden kannalta selkeän ohjeistuksen ja linjausten tarve korostui erityisesti työyhteisön yhteisessä näkemyksessä. Yhteisessä näkemyksessä huomioidaan ne laadukkaan elämän loppuvaiheen hoidon osa-alueet, joihin työyhteisö voi itse vaikuttaa edes jossain määrin (suunnitelmallisuus ja hoitolinjat, omaisyhteistyö, oirehoito ja sen tarpeen ennakointi), mutta ei keskitytä niihin. Epäselvimmiltä tuntuvat prosessin kohdat on kuitenkin yhteisessä näkemyksessä kirjoitettu auki hyvin yksityiskohtaisesti tilannesidonnaisina toimintaohjeina.

Yhteisen näkemyksen muodostuminen tällä tavalla epätasapainoiseksi voidaan tulkita kahdella tavalla: luotu yhteinen näkemys jäi lopulta pinnalliseksi ja toimii jatkossa lähtökohtana työn syvälliselle kehittämiselle. Kehittämistyö ja yhteinen näkemys on kuitenkin luotu täysin työyhteisön omana työnä sen itse tärkeiksi nostamistaan asioista eikä siihen ole ulkopuolelta vaikutettu. Tästä johtuen voidaan päätellä, että toiminnassa koettu hankaluus yhdessä kohdassa vei huomion muilta vaiheilta.

Toisaalta yhteisen näkemyksen rakentumisesta tällä tavoin voidaan myös tulla siihen lopputulokseen, että toimintaohjeiden ja linjojen selkiyttäminen vapauttaa hoitotyön ammattilaisten voimavaroja keskittymään elämän loppuvaiheen hoidossa olennaiseen sen sijaan, että resursseja käytetään sen miettimiseen, miten tilanne toiminnallisesti ratkaistaan. Kehittämistyössä työyhteisö keskittyi niihin toiminnan kohtiin, joihin se itse koki tarvitsevänsä kiinnittää erityistä huomiota koko toimintaprosessin sujuvoittamiseksi.

7 Pohdinta

Se, mikä tässä tilanteessa opinnäytetyön tekee uniikiksi, on opinnäyteprosessin yhdistäminen työyhteisön kehittämistoimintaan ja sen tilannesidonnaisuus organisatiomuutoksen keskellä. Osaaminen on yhteistä osaamista kun työn tavoite on yhteinen (Ojala 2008, 47). Hoitajien työhyvinvoinnin tekijöissä yksi tärkeimmistä on kokemus siitä, että pystyy tekemään työnsä hyvin ja laadukkaasti (Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012, 32; Utriainen, Ala-Mursula ja Vironkangas 2011, 29; Jääskeläinen 2013, 106). Näin voidaan ajatella, että yhdessä tehty laadun kehittäminen edistää myös työhyvinvoinnin edellytyksiä ja parantaa yhteisöllisyyttä. Jääskeläisen (2013) väitöskirjan tulokset tukevat tätä olettamusta, koska sen mukaan mahdollisuus kehittää omaa työtään koetaan työhyvinvointia tukevana (mts. 110).

Jatkossa kehittämistyön tuloksia voidaan hyödyntää paitsi palveluasumisen laadun kehittämisessä ja muiden palveluasumisyksiköiden elämän loppuvaiheen hoitotyön edistämisessä, myös tulevien muutostilanteiden aikana esimerkiksi tukitoimien suunnitteluun. Samoin kuin työhyvinvoinnin peruskysymys on työn mielekkääksi kokeminen: muutostilanteessa on tarpeellista kokea itse muutos mielekkääksi, jotta uudistuksessa päästään onnistuneesti eteenpäin. Tämän kehittämistyön tuloksissa keskeistä on muutoksen keskellä työtään tekevien ammattilaisten kokemus.

Elämän loppuvaiheen hoidon toteuttamisen erityisenä hankaluutena palveluasumisen toimintaympäristössä nousee tuloksissa selkeiden toimintaohjeiden puute. Se, miten asiat hoidetaan, oli muutoksen aikana opeteltava itse käytännössä. Vaikka ohjeita oli, niiden taso ei antanut käytännön apua, vaan kulki eettisten normien ja viranomais säädösten maailmassa – siis kaukana siitä hetkestä, jossa niiden käytännön soveltamisohjetta tarvittiin. Asioiden ratkomiseen menee yksittäisiltä työntekijöiltä paljon aikaa, mikä kuormittaa toisia. Kehittämistyöstä huolimatta ongelmia esiintyy toiminnan sujuvuudessa edelleen monista yhteistyöverkostoon liittyvistä syistä. Tilanteita jälleenpäin keskusteltaessa on käynyt selväksi, että häilyvät linjaukset ja joka tilanteessa vaihtuvat tulkinnat hämmentävät eli asiat eivät tunnu sujuvan.

Organisaatiomuutos on aina merkittävä haaste työn päivittäiselle sujuvuudelle, kun muutostilanteen aikana toiminnan sujuminen vaikeutuu ja epävarmuus lisääntyy (Pahkin ym. 2011, 5, 8, 12; Jääskeläinen 2013, 113). Tilanteessa, jossa koko tähänastinen työn tekemisen konteksti muuttuu, vaaditaan paitsi uusien asioiden oppimista, myös vanhojen osattujen asioiden uudenlaista soveltamista muuttuneeseen toimintaympäristöön.

Muutoksissa työn ja työtapojen muuttuminen luo osaamistarpeita ja organisaatiomuutokset tavallisesti vaikuttavat yksittäisten työntekijöiden tehtäviin laajentavasti. Muutostilanteessa on helppo ja luonnollinen tilanne päivittää tietoja ja taitoja. Asenteiden ja arvojen muuttaminen on kuitenkin vaikeaa. (Ojala 2008, 112, 129, 134, 259; Pahkin ym. 2011, 21.) Hoitoalan työhyvinvoinnin tekijöihin peilattuna tämä voi olla merkittävä: jos muutoksen jälkeen kokee, ettei kykene tekemään työtään yhtä hyvin kuin aikaisemmin tai työn hallittavuuden tunne kärsii osaamispuutteen takia, se heikentää työhyvinvointia ja koetut arvoristiriidat lisäävät kuormaa.

Se, mitä laatu käytännössä tarkoittaa, kaipaa usein selkeytystä sen kaikilla tasoilla. Laatutyöskentely herättää myös pohtimaan, millä tavalla laatutyökalut ovat päivittäisessä käytössä ja arkityössä mukana. Laatukriteerit ja mittarit jäävät usein hallinnollisiksi ja ovat varsin abstrakteja. Laatukriteerit heräävät eloon kun ne määritellään ja muotoillaan siten, että niiden käyttö ja mittaaminen on käytännöllistä ja voidaan sovitaa perustyöhön.

Laadun seuraaminen tilastointien ja asiakaspalautteen avulla hallinnollisella tasolla on vähimmäisvaatimus, mutta laadun tuominen päivittäisen arkityön osaksi ja laatuvaatimusten avaaminen käytännöllisesti vie hoitotyön tasolle, jolla se näkyy. Kehittämistyön alkaessa laatuäkökulmaa lähdettiin avaamaan vielä siinä vaiheessa käytössä olevan pitkäaikaishoidon laatuksikirjan avulla. Siinä oli avattu käytännöllisesti laatu-määritelmät asioiksi, jotka jokaisen asiakkaan kohdalla tulee toteutua, jotta tavoiteltu laatu toteutuu. On kuitenkin yksilöllisistä hoitotyön ammattilaisista ja eri työyhteisöjen kulttuureista riippuvaa, kuinka hyvin käytännöllisiäkään apuvälineitä käytetään itsearvioinnin ja kehittymisen työkaluina.

Työssä vaaditaan tehokkuutta ja se pakottaa työn kehittämiseen sekä ennakoivaan ongelmanratkaisuun sekä käytännöllisellä että teoreettisella tasolla (Ojala 2008, 23). Kehittämistyön aikana pohdittiin, miten paljon erityisesti hoitoalan työyhteisöissä, yksittäisissä tiimeissä ja osastoilla, tapahtuu tänä päivänä jatkuvaa kehittämistä ja kehittymistä, jota ei kuitenkaan dokumentoida millään tavalla systemaattisesti, vaikka se voisi olla yksi tulostittari. Syitä tähän on dokumentoinnin vaatima suunnitelmallisuus, järjestelmällisyys, osaaminen ja aika, eli käytännössä kehittämisen dokumentoinnin vaatimien resurssien heikkous.

Kirjallisuuteen perehtymisen yhteydessä paljastui, että johtamisen vaikutuksista työhyvinvointiin ei ole saatu täysin yksiselitteistä tutkimusnäyttöä, vaikka asiaa on tutkittu runsaasti erilaisin metodein. Dialogisuus korostuu erityisesti kehittämistyössä kahdella tavalla: vuorovaikutus liittyy paitsi asiakastyöhön myös työyhteisön sisäiseen toimintaan ja sen jatkuvan kehittämisen tarpeeseen (Palomäki & Teeri 2011, 52). Dialogissa kuullaan ja kuunnellaan, pyritään ymmärtämään, jolloin se on enemmän kuin neuvoteltuja kompromisseja (Alasoini 2011, 30-31). Organisaatiomuutoksessa ja kehittämistyössä on eettisesti perusteltua siis pohtia, mikä on johdon ja hallinnon rooli kehittämisen mahdollistajana ja kumppanina ja osallistuuko se dialogiin.

Usein johto käynnistää organisaatiomuutoksessa myös kehittämistä ja järjestää henkilöstön kuulemistilaisuuksia. Asiantuntijakeskeinen kehittäminen ja kuuleminen eivät täytä dialogin tunnuspiirteitä. Ei voi olla pohtimatta, millainen muutostilanne on, jos muutostilanteessa ei esimerkiksi aloiteta työyhteisön itsensä nostaman aiheen käsitteilyyn tarkoitettua kehittämistyötä. Kehittymistä tapahtuu joka tapauksessa, kun työssä eteen tulevat haasteet on ratkottava. On mahdollista, että työyhteisössä päästään käytännössä samaan lopputulokseen myös ilman kehittämistyön organisointia. Mutta miten ihmiset silloin kokevat tulleet kuulluiksi ja huomioon otetuksi?

Palomäki ja Teeri (2011) toteavat, että kehittämistyö on vastuullista kun kehittämis- kohde ja – työ perustellaan eettisten periaatteiden lähtökohdasta. Yksi keskeisiä vanhustyön laatuksymyksiä on yksilöllisyys. Se asettaa haastetta kehittämistyölle, jos suunnitelmat ja strategiat eivät kohtaa arjessa hoidon tarvitsijaa. (Mts. 49-50.) Kehittämistyön eettisistä kompastuskivistä asiantuntijuuden nouseminen kehittämistyön

hyödyn saajan, asiakkaan, yli (mts. 52) on ratkaistu kehittämistyön lopputuloksessa siten, että toiminnan ensimmäinen tavoite on keskustelun ja suunnitelmallisuuden avulla löytää yksilöllisen asiakkaan oma tahto ja hoitosuunnitelmassa kunnioittaa ja noudattaa tuota tahtoa.

Kehittämistyön avulla työyhteisön valmius tehdä laadukasta työtä ja lopputuloksen asiakasarvo säilyttävät entisen tasonsa ja jopa paranevat. Ratkaisukeskeinen, tiivistetty, rajattu ja asiaan pureutuva, suoraan omaan työhön vaikuttava ja osallistava kehittäminen on ollut tämän kehittämistyön suunnittelun ydin. Kehittämiskohde on valittu pitkällisen pohdinnan ja erilaisten palautteiden avulla työyhteisössä tarpeelliseksi koetusta asiasta. Kehittämismenetelmän valinta työelämlähtöisistä ja yhteisöllisistä menetelmistä oli selvä, koska kehittämistyön haluttiin tukevan myös muutoksessa elävää työyhteisöä.

Kehittämistyöhön valitulla lähestymistavalla uutuusarvoa on erityisesti kehittämiskohteenä olevalle työyhteisölle, sillä tavallisesti kehittäminen on koettu organisaatiolähtöiseksi ja toteutettu asiantuntijalähtöisenä koulutuksena. Valittu näkökulma tarkastelee laatua kokonaisuutena eri tasolla kuin on totuttu. Elämän loppuvaiheen hoitotyön kehittämiseksi on myös kehittämiskohteessa käyty koulutuksia, jotka harvoin kuitenkaan tarkastelevat koko prosessia, vaan keskittyvät joko eksistentiaalisiin kysymyksiin filosofisesta ja teologisesta taustasta tai vastaavat oirehoidon erityiskysymyksiin.

Kehittämistyössä käytetty yhteisöllinen menetelmä ei pohjaudu puhtaasti olemassa olevien kehittämismenetelmien kaavoihin vaan on tarpeeseen ja resursseihin aseteltu sovellutus. Kehittämistyö on rakennettu yhteisöllisen oppimisen perustalle. Siinä voidaan nähdä ennakkointidialogeihin kuuluvan tulevaisuusdialogin piirteitä, toimintatutkimuksen piirteitä ja työyhteisölähtöisen prosessikehittämisen ominaisuuksia. Teoreettisista lähtökohdista oppivan organisaation teoria on vahvasti taustavaikuttajana.

Organisaation toimintasuunnitelman mukaisten kehittämisiltapäivien käytöllä oli helppointa varmistaa yhteinen aika ja osallistumismahdollisuudet. Rajatun ajan käyttäminen asian parissa työskentelyyn on sekä etu että uhka: toisaalta kehittämisiltapäivään käytettävän ajan rajallisuus auttaa keskittymään olennaiseen mutta toisaalta vapautu-

minen luovuuteen ja aiheen pohtiminen pintaa syvemältä ja ideoiden kehittäminen kärsivät paineesta.

Jos kehittämistoimintaan olisi käytettävissä avoimempia resursseja, käytännöllisimmät ja soveltuvimmat menetelmät voitaisiin ottaa aina käyttöön ja niiden valinnassa olisi mahdollista käyttää syvällistä harkintaa. Kehittäminen ei kuitenkaan elävässä elämässä tapahdu optimaalisessa ympäristössä, joten se on kyettävä joskus muotoilemaan hyvinkin ahtaisiin raameihin. Paljonko nämä rajoitukset sitten syövät kehittämisen tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta, on pohtimisen arvoinen kysymys.

Kehittämismenetelmän soveltamisesta ja järjestelyistä tuli työyhteisöltä paljon kiitoksia. Aiheen valinta oli onnistunut, koska se puhutteli niin vahvasti, että jopa vapaapäiviltä tultiin osallistumaan. Jo ensimmäisessä kehittämisiltapäivässä oli vahva innostuksen tunnelma ja aihe puhutti paljon. Ryhmäkeskusteluina toteutettu kehittämisprojektin arviointi nelikentässä ja arvioinnin yhteenveto, sekä kokemusten ja ajatusten kuvaileminen ryhmäkeskusteluissa, mahdollistavat myös yksilöllisellä tasolla jokaisen oman henkilökohtaisen reflektion käynnistymisen. Normaalisti työyhteisön arjessa on vähän tilaisuuksia purkaa ja reflektoida yhdessä tilanteita ja siihen avautui kehittämisiltapäivien ryhmäkeskusteluissa mahdollisuus, jota käytettiin. Projektin jälkeen jatkokehittelyn tarve ja kohteet olivat hyvin selkeät ja suunta selvä.

Nyt tehty kehittämistyö ei keskity henkilöstön tietoperustan kasvattamiseen siltä osin, mikä koskee kuolevan ihmisen erityisiä oirehoidollisia piirteitä, koska se ei ole ajankohtainen tarve kehittämiskohteessa. Yksikössä on jo vahva vuosien kokemus ja perusosaaminen tästä työn osa-alueesta. Jatkokehittämisessä kuitenkin halutaan kiinnittää huomiota myös tietoperustan rikastamiseen, koska työyhteisöön on muutoksen mukana tullut jäseniä, joilla perusosaaminen aiheesta on heikompi. Lisäksi tieto ja ymmärrys näyttöön perustuvista hyvistä käytännöistä kehittyvät jatkuvasti, jolloin tarvitaan luonnollisesti osaamisen päivittämistä.

Ikääntyneiden on hyvä ja tarpeellista saada tulla hoidetuksi omassa hoitopaikassaan loppuun saakka (Sulkava 2006, 23; Suhonen ym. 2010, 19; Voutilainen 2010; Hyvä saattohoito Suomessa 2010, 23; Grönlund & Huhtinen 2011, 92-95). Silti tämä kaunis

tavoite avautuu käytäntöön heikosti, koska asiantuntijat ottavat huonosti kantaa siihen, miten se konkreettisesti tapahtuu. Lopputuloksena ratkaisut ovat alueellisesti ja organisaatioista toiseen vaihtelevia. Lukuisissa opinnäytetöissä asiaa on pyritty ratkomaan tuomalla tietoa hoitotyön ammattilaisille. Tämä opinnäytetyö tarkastelee laatua sisällepäin, määritellen ja toteuttaen sitä. Yleistettävyyttä ja alalle merkityksellistä uutuusarvoa ei tavoitella, sillä ottaen huomioon tilannesidonnaisuuden, se ei ole tarpeellista.

Opinnäytetyöprosessin aikana tuli selväksi, että monet hoitotyön opiskelijat ovat lähteneet opinnäytteissään perehtymään saattohoidon ja palliatiivisen hoidon kysymyksiin. Aihepiiri on inspiroinut esimerkiksi sairaanhoitajaopintojen opinnäytetöitä, joissa tavoitetta ja tarkoitusta palveluasumisen saattohoitotyön kehittämisessä on tavoiteltu pääasiassa hoitohenkilökunnan tietoperustaa rikastamalla. Tämä on mahdollisesti viesti siitä, että opiskelijat vastuullisesti hahmottavat tulevaisuuden osaamisvaatimuksia ja lähtevät omatoimisesti hakemaan osaamiselleen vahvistusta opinnäytetyönsä avulla, koska eivät ole kokeneet peruskoulutuksen tarjonnan sitä riittävästi.

Ikääntyneen väestön pitkäaikaisten hoitojärjestelyjen toteutuksessa tulee olla riittävä osaaminen kuolevan hoitamisesta, jotta tarpeettomia siirtoja hoitopaikkojen välillä voidaan välttää (Kohti parempaa vanhuutta. 2012, 11-13). Poukan (2014, 24) ja Strandbergin (2014, 20-21) mukaan riittävä osaaminen ja konsultaatiomahdollisuuden järjestäminen tarpeettomien hoitopaikan vaihdosten ehkäisemiseksi on edelleen ikääntyneen väestön hoitojärjestelmän kehityshaaste. Vaatimuksia voi kuitenkin kritisoida jos osaamista vaaditaan olosuhteisiin, joissa rakenteelliset tekijät voivat estää osaamisen käytön, eli esimerkiksi toiminnan edellytykset ovat riittämättömät osaamisen hyödyntämiseen. Kehityshaasteet tulee nähdä laajemmin kuin ammattilaisten osaamispääoman köyhytenä: vaikka se on osa totuutta, se ei ole koko totuus.

Rakenteista riippuvana oman hankaluutensa hoidon toteuttamiseen palveluasumisen toimintaympäristössä tuo esimerkiksi lääkehoidon toteuttaminen. Jos tarvittavia lääkkeitä ei ole ja niiden hankkiminen avoapteekista viivästyttää kohtuuttomasti hoidon saamista, on luonnollisesti tarkoituksenmukaista siirtää potilas sinne, missä hän voi saada välittömästi tarvitsemansa hoidon - siinäkin tapauksessa, että hoidon antaminen omassa hoitopaikassa olisi muutoin mahdollista. Myös tämä asia nousi huolena esiin

hoitotyön ammattilaisten näkemyksissä ja vahvistaa edelleen ennakoimisen, yhteistyön ja suunnitelmallisuuden merkitystä elämän loppuvaiheessa. Toistaiseksi lainsäädännöllisesti hyväksyttävää ratkaisua pulmaan ei ole. Voidaan siis nähdä, että tässä kysymyksessä korkeimman tason rakenteelliset tekijät rajoittavat tarkoituksenmukaisen ja taloudellisen toiminnan mahdollisuuksia.

Kuoleminen sairaalassa tai ainakin edes laitoksessa on tässä ajassa yleisesti hyväksytty normi ja muita vaihtoehtoja pidetään vähintään epäilyttävinä. Tämä johtuu paitsi hoitavissa tahoissa myös yleisessä kansalaismielipiteessä vallitsevaan uskomukseen siitä, että kuolevan on oltava kuolinprosessinsa aikana lääkärin välittömässä hoidossa. Sen takana on osittain osaamattomuutta, mutta myös luottamuspulaa ja pelkoa oikeudellisista kysymyksistä, sekä sairaalakulttuurin tiukka ote. (Annamäki 2008. 9.)

Lain mukaan pitkäaikaisen hoitojärjestelyn pysyvyys on turvattava. Hoitojärjestelyä voidaan muuttaa paitsi asiakkaan toivomuksesta, myös hänen hoidon tarpeensa muutoksen tai muun perustellun syyn vuoksi. (L 28.12.2012/980.) Laki antaa lopulta palvelujärjestelmälle paljon tulkinnan varaa, eikä vielä yksiselitteisesti turvaa ikääntyneen väestön tasa-arvoista oikeutta asianmukaiseen elämän loppuvaiheen hoitoon.

Laatusuosituksen mukaan laatu on ”*palvelun kykyä vastata järjestelmällisesti asiakkaiden tarkoituksenmukaisesti arvioituihin palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaan ja kustannustehokkaasti*” (Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2013, 65). Palvelujärjestelmän joustavuus tai jäykkyys ei riipu laista tai laatusuosituksesta, vaan siitä, miten niitä sovelletaan. Laatusuositus edellyttää kuitenkin kustannustehokkuutta. Tästä johtuen on helppo ennustaa, että saattohoito ja kuoleminen sairaalaympäristössä tulevat vähenemään ja muissa kevyemmän kustannusrakenteen toimintaympäristöissä lisääntymään. Samalla kuitenkin toimintakulttuurin ja yleisen asenneilmapiirin on hyväksyttävä tämä kehitys, jotta se voi edetä.

Opinnäytetyön kanssa samaan aikaan oltiin valmistelemassa myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin yleisiä suosituksia, joissa määriteltiin, mitä elämän loppuvaiheen hoitotyö Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella tarkoittaa erilaisissa toimintaympä-

ristöissä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitopolku elämän loppuvaiheessa valmistui syyskuussa 2014, juuri hetkeä ennen kuin tämä opinnäytetyö, eikä se varsin laajasta ja moniammatillisesta valmistelutyöryhmästä huolimatta tunnista elämän loppuvaiheen hoitoympäristönä edelleenkaan muita, kuin joko sairaalaympäristön tai yksityiskodit.

Organisaation ja palvelujärjestelmän rakenteet ovat osaamisen kannalta kaikista tärkeimmät, koska rakenteiden avulla voidaan koota hajautunut asiantuntijuus (Ojala 2008, 53). Profiilin nostaminen ja asiantuntijuuden tunnustaminen eri toimintaympäristöissä saattaa olla osa ratkaisua asenteiden ja kulttuurin muutokseen. Toimintatavat ja ohjeet, eli se, miten jokin asia tehdään eri toimintaympäristöissä ja kenellä on vastuu mistäkin, on niin ikään rakenteellinen kysymys. Näin rakenteilla vaikutetaan laadun kokonaisuuteen joko laatutekijöiden toteutumisesta edistävällä tai heikentävällä tavalla.

Ikääntyneen väestön palveluissa on rakenteellista vaihtelua, jonka seurauksena ikääntynyt väestö ei nauti yhdenvertaisesti laadukkaasta palvelusta. Hyvä esimerkki on lääkärityön järjestelyt. Vaihtelevissa järjestelyissä ei aina ole resursseja, kokemusta tai osaamista ottaa kantaa ikääntyneen asiakkaan elämän loppuvaiheeseen. Voi olla, että hoitovastuullisen lääkärin konsultaatio on kyettävä antamaan kiireessä puhelimitse, jolloin ratkaisukeino voi olla matka lähimmälle vastaanotolle. Järjestelyn taloudellisuutta voidaan kysyä ja juuri elämän loppuvaiheen ja kuoleman ollessa kysymyksessä sen epäkäytännöllisyys korostuu entisestään.

Jyväskylässä vanhuspalvelujen ympärivuorokautisen asumisen ja hoivan palveluprosessissa on lääkärityö järjestetty siten, että suurimmalta osin palveluasumisen ja pitkäaikaishoidon lääkärityö on keskitetty, sitä johtaa sekä itse toteuttaa geriatrian ylilääkäri. Hoitohenkilöstölle on selvää, että he saavat tarvitsemansa konsultaation ja yhteydenottoja ei tarvitse arastella. Lääkäri pystyy yhteistyössä hoitotyön ammattilaisten kanssa ennakoimaan ja reagoimaan tarkoituksenmukaisemmin potilaansa terveydentilan muutoksiin.

Hoitotyön ammattilaisten näkemyksissä tässä opinnäytteessä, erityisesti epävarmuuden vaiheessa ennen muuttoa, korostui yhteistyö lääketieteen ammattilaisen kanssa:

lääkäriltä kaivattiin yhteistyössä selkeitä kannanottoja ja osallistuvaa roolia. Lääkärityön rooli on elämän loppuvaiheessa merkittävä. Hoitolinjauksista päättäminen, hoidontarpeen ja ennusteen arviointi ja sen mukaan toimiminen, ovat paitsi moniammatillista yhteistyötä, niin kuitenkin juridisessa mielessä pitkälti vain lääkärin toimivaltaan kuuluvia asioita.

Tänä päivänä kuolema voidaan torjua vielä hyvin huonokuntoiseltakin ihmiseltä. Hoitomahdollisuuksien kehittyminen ja yleinen luja usko lääketieteen keinoihin on johtanut eettiseen dilemmaan elämän itseisarvosta ja mielekkyydestä. Yksilön oma tahto ja omat arvot tulee olla dilemman ratkaisuna kussakin yksilöllisessä tilanteessa. (Harju-lehto 2012, 152.) Ikääntyvän väestön hoito- ja palvelusuunnitelmissa elämän loppuvaiheen ennakkointiin tulee usein haasteita siitä, että elämänsä loppuvaiheessa olevan henkilön tahtoa ei ole selvitetty siinä vaiheessa, kun hän olisi sen voinut vielä pätevästi ilmaista. Usein käy niin, että kognition heikentyessä läheiset eivät enää pidä tahdon ilmauksia pätevinä ja myös ammattilaisilla on tässä tulkinnan varaa. Hoitojärjestelmän on käytännössä kyettävä tasapainoilemaan tällä jakajalla. Toiveissa on, että laki itsemääräämisoikeudesta antaisi tukea tasapainon säilyttämiseen.

Kuolemasta ja sen suunnittelusta ei haluta puhua, mikä on toisaalta ymmärrettävää. Hoitotyön ja lääketieteen ammattilaisilta tarvitaan rohkeutta, herkkyyttä ja joskus myös sinnikkyyttä ottaa asia keskusteluun kerta toisensa jälkeen. Näissä kysymyksissä ihmisten arvot ja uskomukset joutuvat törmäyskurssille tiedon ja elämän rajallisuuden kanssa. Lopulta tilanteessa on usein kysymys siitä vahvasta tunnesiteestä, joka kuolemassa olevan ihmisen ja hänen läheistensä välillä on. Mikäli asiaa ei ole keskinäisesti selvitetty ajallaan, sijaispäättäjäksi joutuminen voi nostaa esiin monenlaisia käsittelemättömiä tunteita ja on jo itsessään läheisiä kriisiyttävä kokemus, joka heijastuu vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan kanssa monenlaisina ilmiöinä.

Ammattilaisilta vaaditaan melkoista taitoa vetää keskustelussa rajoja, joiden sisällä läheinen ei koe joutuvansa olemaan vastuussa hoitolinjauksista ja sitä kautta elämän loppuvaiheessa olevan läheisensä kohtalosta. Tämän kaltainen tunne voi tulla siitä, kun läheisiä halutaan kuulla asiaan liittyen, kuten lakikin edellyttää. Keskustelussa hoitotyön ja lääketieteen ammattilaisten näkemykset eivät lopulta useinkaan ole rat-

kaisevia ja niiden painoarvo voi olla vahvasti kontekstisidonnainen. Tietoyhteiskunnan kehitys on myös ruokkinut ammattilaisten aiemmin nauttiman luottamuksen murenemista. Kokeneen ammattilaisen rehellinen puhe on yhä useammin helppoa ohittaa ja kyseenalaistaa, koska on itse otettu asioista selvää internetistä ilman kykyä tulkita ja suhteuttaa saamaansa tietoa.

Ikääntyneen väestön palveluissa työskentelevä henkilöstö on hyvin eriarvoisessa asemassa eri organisaatioissa siinä, saavatko he työnohjausta. Jo pelkästään omaisyhteistyön haasteet puhumattakaan monenlaisten eli myös psyykkiseltä tilaltaan epävakaiden asiakkaiden päivittäisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ja kohtaamisen laatu kaikissa tilanteissa tulisi riittää edellytyksenä työnohjauksen organisoimiselle. Kohtaaminen ja sen edellytyksenä oleva vuorovaikutus on kriittinen osa elämän loppuvaiheen hoidon laatua (Grönlund ja Huhtinen 2011, 18; Lipponen 2006, 16). Vuorovaikutuksen kehittämistä tarvitaan vähintään yhtä kipeästi kuin muun osaamisen kehittämistä.

Silti edelleen usein käy niin, että vasta kriisiytyneet työyhteisöt saavat työnohjausta. Elämän loppuvaiheen hoitotyö vaatii teknisen ammattiosaamisen lisäksi herkkyyttä ja eettistä harkintaa, yhteistyötä ja kohtaamistaitoja, joiden edistämisessä työnohjauksella voidaan saavuttaa paljon. Työn henkinen kuormittavuus näkyy myös siinä, että kokemuksia halutaan jakaa ja pohtia, joten tilanteiden purkamiseen pitää löytyä aikaa ja tilaa. Toki kahvipöytäkeskustelukin on enemmän kuin ei mitään.

Lähteet

Aaltio, I. & Puusa, A. 2011. Laadullisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Toimittaneet: Puusa, A. & Juuti, P. Vantaa: Johntamistaidon opisto. 153-166.

Alasoini, T. 2011. Hyvinvointia työstä. Kuinka työelämää voi kehittää kestäväällä tavalla? Tykes raportteja 76. Helsinki: Tekes. Pdf. Viitattu: 9.12.2013. www.tekes.fi/Julkaisut/hyvinvointia_tyosta.pdf

Annamäki, L. 2008. Iäkkään kuolema. Palliatiivinen hoito nro. 26, 1/2008, 8-10.

Antikainen, R. 2014. Milloin vanhus saa kuolla? Hoidon rajaukset kuoleman lähestyessä. Teoksessa: Vanhuuskuolema. Helsinki: Suomen Akatemia ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 27 – 30. Pdf. Viitattu 26.5.2014. www.duodecim.fi/konsensus

Antikainen, R., Konttila, T., Virolainen, J., Strandberg, T. 2013. Vaikeasti dementoituneen vanhuksen elämän loppuvaiheen hoito. Suomen lääkärilehti vol 68, 12/2013, 909-915.

Anttila, S. 2011. Saattohoitoon kohdistuneet kantelut. Palliatiivinen hoito nro 33, 12/2011, 10-12.

Asuminen. 2013. Jyväskylän kaupungin palvelut ikääntyville. Verkkosivu. Viitattu: 26.6.2013. www.jkl.fi/ikaantyneet

Chan, R., Webster, J. 2011. End-of-life care pathways for improving outcomes in caring for the dying (Review). The Cochrane library 2011, issue 3. Viitattu: 25.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto>, Nelli – portaali, CINAHL.

Collin, K. & Billet, S. Luovuus ja oppiminen työssä. Teoksessa: Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. Tekijät: Collin, K., Paloniemi, S., Rasku-Puttonen, H., Tynjälä, P. (toim.). Helsinki: WSOYpro. 211-224.

Forma, L. 2011. Health and social service use among older people. The last two years of life. Acta Electronica Universitatis Tampereensis: 1137. Väitöskirja. Tampere: Tampere University Press. Viitattu 3.7.2013. <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8616-6>

Forma, L., Jylhä, M., Aaltonen, M., Raitanen, J., Rissanen, P. 2012. Vanhuuden viimeiset vuodet – pitkäaikaishoito ja siirtymät hoitopaikkojen välillä. Kunnallisan kehittämissäätiön tutkimusjulkaisu nro 69. Sastamala: KAKS – kunnallisan kehittämissäätiö.

Grönlund, E. & Huhtinen, A. 2011. Kuolevan hyvä hoito. Helsinki: Edita Prima.

Halme, S-L. Asiakkaan ainutkertaisuus ja tasa-arvo. Teoksessa: Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Toimittanut: Ranta, I. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Fioca. 101-111.

Harjulehto, S. 2012. Dementoituneen vanhuksen hyvä kuolema. Teoksessa: Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Toimittanut: Ranta, I. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Fioca. 146-160.

Hall, S., Kolliakou, A., Petkova, H., Froggatt, K., Higginson, IJ. 2011. Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes (Review). The Cochrane library 2011, issue 3. Viitattu: 25.4.2013. <http://jamk.fi/kirjasto,Nelli-portaali,CINAHL>.

Homan-Helenius, P & Aho, S. 2010. Hoitohenkilökunnan työssä voimaantumisen yhteydessä olevat tekijät: kirjallisuuskatsaus. Tutkiva hoitotyö vol 8, 1/2010, 12-19.

Hopia, H., Heinonen, J., Liimatainen, L. 2012. Sairaanhoidajan eettinen osaaminen. Teoksessa: Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Toimittanut: Ranta, I. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Fioca. 12-24.

Hyvä saattohoito Suomessa. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Hyvän saattohoidon suositukset. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2011:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu: 3.7.2011. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3118-3>

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Jauhiainen, A. 2012. Yhteisöllisesti oppien parempiin tuloksiin. Kuopio: Savonia AMK.

Jauhiainen, A. 2012 b. Ongelmaperustainen pedagogiikka yhteisöllisyyden kehittäjänä – tutoropettajien näkemyksiä. Teoksessa: Yhteisöllisesti oppien parempiin tuloksiin. Toimittanut: Jauhiainen, A. Kuopio: Savonia AMK. 31-41.

Jokinen, M., ja Salminen, M. 2010. Työntekijöiden näkemyksiä vanhus-
tenhuollon kehittämisen mahdollisuuksista ja esteistä. Gerontologia vol 24, 3/2010, 274-279.

Jyväskylän kaupunki 2013. Palvelulinjaukset 2013-2016 luonnosversio 2 3.6.2013. Pdf. Viitattu: 7.6.2013.
http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet_ja_strategiat/palvelulinjaukset

Jyväskylän kaupungin talousarvio 2014. Jyväskylä: Jyväskylän kaupunki.

Jääskeläinen, A. 2013. Työyhteisön hyvinvoinnin kehittäminen osallistavilla menetelmillä. Toimintatutkimus työhyvinvoinnin kehittämisprosesseista vanhus- ja vammaispalveluja tuottavissa työyhteisöissä Sallassa. Väitöskirja. Acta Universitatis Lapponiensis 252. Pdf. Viitattu 28.6.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-484-623-3>

Kananen, J. 2008. Kvali – kvalitatiivisen tutkimuksen teoria ja käytänteet. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: JAMK.

Kangasniemi, M. (toim.) 2013. Lähietiikan lähteillä. Tehyn julkaisusarja F 1/2013. Vantaa: Tehy ry.

Kanste, O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva Hoitotyö vol 9, 2/2011, 30-35.

Kehittäminen ja laatu. 2014. Jyväskylän kaupungin verkkosivut. Viitattu: 28.6.2013. <http://jkl.fi/ikaantyneet/asuminen/hoitotyö/kehittäminen>

Kohti parempaa vanhuutta. 2012. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akademia 8.2.2012. Konsensuslausuma. Viitattu: 3.7.2012. <http://www.terveysportti.fi/kotisivut/docs/f-271149680/konsensuslausuma20122.pdf>

Kokkonen, P. 2014. Mitä ovat hoitotahto ja hoitotestamentti? Teoksessa: Vanhuuskuolema. Helsinki: Suomen Akademia ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 31 – 34. Pdf. Viitattu 26.5.2014. www.duodecim.fi/konsensus

Korhonen, T. 2005. Onnistuuko oireiden hoito suun kautta otettavien lääkkein? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim vol 121, 2/2005, 205-219.

Korhonen, T. & Poukka, P. 2013. Kuolevan potilaan hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim vol 129, 4/2013, 440-445.

Kuokkanen, L. 2012. Sairaanhoitajan eettinen stressi. Teoksessa: Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Toimittanut: Ranta, I. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Fioca. 64-76.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito –suositus. Julk. 28.11.2012. Viitattu: 18.7.2013. www.kaypahoito.fi

Lipponen, V. 2006. Etäisyyttä ja läheisyyttä kuoleman lähestyessä - kuolevan potilaan ja omahoitajan hoitosuhde dialogisen filosofian näkökulmasta tarkasteltuna. Väitöskirja. Acta Electronica Universitatis Tampereensis 539. Pdf. Viitattu: 10.6.2013. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-6672-1>

Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012. Superin selvityksiä 2012. Helsinki: Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry.

Mahlakaarto, S. 2010. Voimaantuminen identiteettityönä – vahvaksi työssä? Teoksessa: Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. Tekijät: Collin,

K., Paloniemi, S., Rasku-Puttonen, H., Tynjälä, P. Helsinki: WSOYpro. 175-187.

Multanen, L., Bredenberg, K., Koskensalmi, S., Lauttio L-M., Pahkin, K. 2004. Parempi työyhteisö – avaimia kehittämiseen. Helsinki: Työterveyslaitos.

Otala, L. 2008. Osamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Porvoo: WSOY

Pahkin, K., Mattila-Holappa, P., Nielsen, K., Noortje, W., Widerszal-Bazyl, M., de Jong, T., Mockallo, Z. 2011. Mielekäs muutos – kuinka tukea työntekijöiden hyvinvointia organisaatiomuutoksen aikana? Helsinki: Työterveyslaitos.

Palomäki, S-L & Teeri, S. 2011. Ikäihmisten palvelujen kehittämisen etiikka. Gerontologia vol 25, 1/2011, 49-53.

Palvelulinjaukset 2013-2016 luonnos 2. 3.6.2013. Jyväskylän kaupunki. Viitattu: 7.7.2013

http://www.jyvaskyla.fi/hallinto/hankkeet_ja_strategiat/palvelulinjaukset

Pietilä, M., Heimonen, S., Eloniemi-Sulkava, U., Savikko, N., Köykkä, T., Sillanpää-Nisula, H., Frosti, S., Saarenheimo, M. 2010. Kohtaamisia vai ohituksia? Muistisairaiden ihmisten toiseus pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Gerontologia vol 24, 3/2010, 261-266.

Pihlainen, A. 2012. Saattohoitosuunnitelmat ja erikoistuneet yksiköt Suomessa. Pdf. Viitattu 15.2.2014.

<http://www.etene.fi/fi/aineistot/seminaarit/seminaari06112012>

Pitkäaikaishoidon laatukäsikirja 2011. Jyväskylän kaupunki, vanhus- ja vammaispalvelut. Julkaisu organisaation sisäisessä käytössä.

Poikkeus, T & Leino-Kilpi H. Miten hoitotyön johtaja voi tukea eettistä osaamista? Teoksessa: Sairaanhoidajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Toimittanut: Ranta, I. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Fioca. 89-100.

Poukka, P. 2014. Kuolevan oireiden hoito – muuttaako korkea ikä tilanteen? Teoksessa: Vanhuuskuolema. Suomen Akatemia ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 22 – 26. Pdf. viitattu 18.2.2014.
www.duodecim.fi/konsensus

Puusa, A. 2011. Laadullisen aineiston analysointi. Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Tekijät: Puusa, A. & Juuti, P. Vantaa: Johtamistaidon opisto. 114-125.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011. Tieteenfilosofisista kysymyksistä laadullisen tutkimuksen näkökulmasta. Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Tekijät: Puusa, A. & Juuti, P. Vantaa: Johtamistaidon opisto. 11-27.

Puusa, A. & Juuti, P. 2011 a. Mitä laadullinen tutkimus on? Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat - perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Tekijät: Puusa, A. & Juuti, P. Vantaa: Johtamistaidon opisto. 47-57.

Saaranen – Kauppinen & Puusniekka. n.d. Tutkimuksen arviointi - reflektointia. KvaliMOTV menetelmäopetuksen tietovaranto. Verkkosivu. Viitattu 28.8.2014.

http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_3.html

Saarelma, K. 2008. Miksi kuoleminen kielletään? Suomen Lääkärilehti vol 63, 51-52/2008, 4558-4562.

Saarman, E-L. 2014. Strategiset päätavoitteet YAH:ssa. YAH kehittäminen v. 2014 – powepoint diasarja 31.3.2014. Jyväskylän kaupunki, vanhus- ja vammaispalvelut. Julkaisu organisaation sisäisessä käytössä.

Saarto, T. 2013. Saattohoitoketjut selkiintyvät sairaanhoitopiireissä. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim vol 129, 4/2013, 381-382.

Saarto, T., Halinen, K., Ahlblad, J., Utriainen, T., Lindgren, M., Konttila, T., Lahti, P., Hallamaa, J., Sirola, J., Puustinen, R., Karjalainen, P., Papinaho, S., Peiponen, A., Juva, K., Kallunki, M. Kuuskoski, E., Vainio, A., Sipiläinen, H., Stoor, H. 2014. Vanhuuskuolema. Konsensuslausuma 11.2.2014. Pdf. Viitattu 17.2.2014. www.duodecim.fi/konsensus

Saattohoito. 2013. Valviran verkkosivut. Viitattu 4.7.2013.
www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 – suunnitelmat ja toteutus. 2012. Etene julkaisuja 36. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta Etene, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Saksela, E. 2014. Miksi kuolema on väistämätön? Teoksessa: Vanhuuskuolema. Helsinki: Suomen Akatemia ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 10 – 15. Pdf. viitattu 18.2.2014. www.duodecim.fi/konsensus

Sankelo, M. 2012. Saattohoitotutkimuksen ajankohtaiset aiheet. Pdf. Viitattu 15.2.2014.
<http://www.etene.fi/fi/aineistot/seminaarit/seminaari06112012>

Sinervo, T., Noro, A., Tynkkynen, L-K., Sulander, J., Taimio, H., Finne-Soveri, H., Lilja, R., Syrjä, V. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Raportti 34/2010. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan itsemääräämisoikeus n.d. Eduskunnan kirjaston tietopaketit. Verkkosivu. Viitattu 23.7.2014.
<http://lib.eduskunta.fi/> -oikeudellinen tieto – lakihankkeiden tietopaketit

Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. 2011. ETENE – julkaisuja 32. Helsinki: Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE ja Sosiaali- ja terveysministeriö.

Strandberg, T. 2014. Kuoleman lääketiede – haurastumisen näkökulma. Teoksessa: Vanhuuskuolema. Helsinki: Suomen Akatemia ja Suomalainen lääkäriseura Duodecim. 17 – 21. Pdf. viitattu 18.2.2014.
www.duodecim.fi/konsensus

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo, P., Erkinjuntti, T. 2008. Hyvät hoitokäytännöt etene-

vien muistisairauksien kaikissa vaiheissa. Suomen Lääkärilehti vol 63, 10/2008, 9-22.

Sumkin, T. & Tuomi, L. 2012. Osaamisen ja työn johtaminen – organisaation oppimisen oivalluksia. Helsinki: Sanoma Pro.

Sulkava, R. 2006. Dementiapotilaan palliatiivinen hoito. Palliatiivinen hoito nro 23., 2/2006, 22-24.

Tynjälä, P. 2010. Asiantuntijuuden kehittämisen pedagogiikka. Teoksessa: Luovuus, oppiminen ja asiantuntijuus. Tekijät: Collin, K., Paloniemi, S., Rasku-Puttonen, H., Tynjälä, P. Helsinki: WSOYpro. 79-95.

Työyhteisön työhyvinvointi. 2013. Työterveyslaitoksen verkkosivut. 8.2.2013. Viitattu 18.6.2013. <http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/>

Utriainen, K., Ala-Mursula, L., Vironkangas, H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö vol 9, 1/2011, 29-35.

Vaarama, M. 2013. Kaikenikäisille Hyvä Suomi. Sukupolvipolitiikalla sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hyvinvointiyhteiskuntaan. Työpaperi 18/2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. viitattu 22.7.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-929-9>

Valtonen, A. 2011. Ryhmäkeskustelut laadullisena tutkimusmetodina. Teoksessa: Menetelmäviidakon raivaajat. Perusteita laadullisen tutkimuslähestymistavan valintaan. Tekijät: Puusa, A. & Juuti, P. Vantaa: Johantamistaidon opisto. 88-101.

Vanhemman ihmisen palveluopas 2013. Jyväskylän kaupunki, vanhus- ja vammaispalvelut. Pdf. Viitattu 26.6.2013. www.jkl.fi/ikaantyneet

Vanhusten ympärivuorokautisen hoivan ja palvelujen valvontasuunnitelma. 2009. Etelä-Suomen lääninhallitus, Itä-Suomen lääninhallitus, Lapin lääninhallitus, Länsi-Suomen lääninhallitus, Oulun lääninhallitus. Pdf. Viitattu 26.6.2013. www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/sosiaalihuolto/vanhustenhuolto

Vanhuus ja hoidon etiikka. 2008. ETENEn julkaisuja 20. 2. painos. Vantaa: Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE.

Vesterinen, M-L., 2011. SOTE – ENNAKOINTI – sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja. Sarja A: raportteja ja tutkimuksia 3. Iisalmi: Etelä-Karjalan koulutuskuntayhtymä.

Vilkko, A., Finne-Soveri, H., Heinola, R., 2010. Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa: Suomalaisten Hyvinvointi 2010. Toimittaneet: Vaarama, M., Moisio, P., Karvonen, S. Helsinki: Terveysten- ja hyvinvointin laitos. 44-59.

Voutilainen, P. 2010. Hyvä ympärivuorokautinen hoito. Käypä Hoito – sähköinen tausta-aineisto. 3.12.2010. Helsinki: Suomalainen lääkärisseura Duodecim. Viitattu 4.7.2013.

www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../nix01676#R10

Vuorinen, T., Zinhu, D., Turppo, A. 2012. Hyvä saattohoito jää liian usein toteutumatta. Suomen Lääkärilehti vol 67, 23/2012, 1838-1839.

Liitteet

Liite 1: Hyvän saattohoidon suositus

Hyvä saattohoito edellyttää, että seuraavat suositukset toteutuvat kuolevan potilaan hoidossa:

1 Saattohoidon perustana on potilaan ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen.

2 Saattohoidon lähtökohtana on ihminen, jolla on kuolemaan johtava sairaus. Saattohoito aloitetaan, kun ihminen on lähellä kuolemaa. Hoitolinjauksista keskustellaan potilaan ja, mikäli potilas sallii, hänen omaistensa kanssa. Sovitut asiat kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan.

3 Hoitopäätöksistä vastaa hoitava lääkäri. Nimetään myös ne henkilöt, jotka vastaavat saattohoidosta vuorokauden eri aikoina. Hoidon jatkuvuus varmistetaan ja hoitoa arvioidaan jatkuvasti. Hoitopäätökset perustuvat lääke- ja hoitotieteelliseen näyttöön sekä potilaan ja omaisten toiveisiin ja tarpeisiin. Saattohoito toteutetaan potilaan, omaisten ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä.

4 Lääkärit ja hoitajat on saattohoitoon koulutettu ja heiltä saa eri vuorokauden aikoina konsultaatiota ja muuta tarvittavaa apua. Muu henkilökunta ja vapaaehtoiset työntekijät täydentävät osaltaan moniammatillista työryhmää. Työryhmälle tarjotaan saattohoitoon liittyvää säännöllistä täydennyskoulutusta, työnohjausta ja tarvittaessa jälkikäteen keskustelua saattohoitotilanteista.

5 Osaamisen alueet saattohoidossa ovat kyky arvioida, hoitaa ja soveltaa tietoa systemaattisesti ja riittävällä taidolla:

kärsimykseen ja sitä aiheuttavien oireiden hoitamiseen, psyko-sosiaalisiin, fyysisiin, henkisiin, hengellisiin, eksistentiaalisiin ja kulttuurisiin tarpeisiin ja toiveisiin, niiden ymmärtämiseen ja huomioimiseen hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa, lähestyvän kuoleman merkkeihin ja kuoleman hetkeen ja omaisten tukemiseen potilaan kuoleman jälkeen.

6 Saattohoitoa järjestävä hoitolaitos sitoutuu potilaan tarpeisiin ja toiveisiin, toiminnan hyvään laatuun ja Käypä hoito -suositusten noudattamiseen.

7 Saattohoitoa toteutetaan potilaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti kotona, palvelutaloissa, vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä, terveyskeskusten ja sairaaloiden vuodeosastoilla sekä saattohoitokodeissa. Lasten saattohoito on erikoissairaanhoidon vastuulla.

8 Sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset ovat vastuussa saattohoitopotilaiden hyvän hoidon yhdenvertaisesta organisoimisesta ja toteuttamisesta. Saattohoitopotilaalle tarjotaan saattohoitopalvelut mahdollisuuksien mukaan siellä, missä hän on hoidossa tai asuu ja elää. Turvataan omaisten ja läheisten mahdollisuus osallistua loppuvaiheen hoitoon potilaan toivomalla tavalla.

9 Saattohoitotyötä tekevän hoitohenkilökunnan työhyvinvointi on herkkyyden ja intuition säilymisen edellytys. Näitä ominaisuuksia tulee tukea ja kehittää.

10 Suositusten toteutumista edistetään käynnistämällä keskustelua hyvän saattohoidon merkityksestä ihmisen kuoleman lähestyessä.

Liite 2: Ensimmäisen kehittämisiltapäivän ohjelma

12.30 ALOITUS

Päivän ohjelma ja tavoitteet, opinnäytetyön esittely

PUHEENVUORO, sh Jaana Tolmunen, Harjuhovi
”Elämän loppuvaihe palveluasumisen toimintaympäristössä”

13.00 LAADUN MÄÄRITTELYJÄ, teoreettinen katsaus

13.15 RYHMÄKESKUSTELUT: LAATU NYT JA ODOTUKSET, 2 x 20min

14.00 TAUKO

14.15-15.15 YHTEENVETO, alustavan suunnitelman luominen

15.15-15.55 MUITA ASIOITA Palvelupäälliköt

15.55 LOPETUS

Liite 3: Toisen kehittämisiltapäivän ohjelma

12.00 ALOITUS – päivän tavoitteet

12.10 KEHITTÄMISPROJEKTIN KERTAUS
- >”TYÖSUUNNITELMAN” PÄIVITYS

12.50 RYHMÄKESKUSTELUT: PROJEKTIN ARVIOINTI (SWID)

13.10 PROJEKTIN ARVIOINNIN YHTEENVETO JA MITEN JATKETAAN

13.30 TAUKO

13.45 LAATU JA RYHMÄKESKUSTELUTEHTÄVÄ, kertaus laadun määrittelystä

14.00 RYHMÄKESKUSTELUT: LAATU NYT JA MUUTOS. 2 X 20 MIN.

14.40 KESKUSTELUT PÄÄTTYVÄT

14.45 KIITOSSANAT JA LOPETUS

Liite 4: arviointi, SWID – nelikenttäanalyysi

<p>S – VAHVUUDET – mikä meni hyvin, missä onnistuttiin ja miksi?</p> <ul style="list-style-type: none"> -henkilökunta osallistunut hyvin keskusteluun -tiedonkulkua parantunut -tultu avoimemmaksi asiasta -asukkaan omaa tahtoa kuunneltu ja toteutettu -yhteinen linja hoitajien kesken -omaisten kohtaaminen, palaute -kokemus, osaaminen, ammattitaito -tieto siitä, miten kuuluisi toimia, on selkiytynyt 	<p>W – HEIKKOUEDET – missä ei saavutettu tavoitteita, miksi?</p> <ul style="list-style-type: none"> -ollut liian monia projekteja päällekkäin, kaikki eivät ole päässeet osallistumaan -johdon puolelta olisi pitänyt tulla selkeämmät ohjeet, olemme joutuneet itse luomaan omat ohjeet -jos ei löydy yhteinen linja omaisten kanssa -oman tahdon kunnioittaminen asukas pitää saada tehdä itse päätöksiä – saattohoito-oppaaseen -asukkaan oman tahdon kunnioitus vs. omaiset -Hopasuun kirjaaminen puuttuu -ensimmäiset kerrat sekavia
<p>I – PARANNUSEHDOTUKSET - mitä parannettaisiin ja miten? (jatkotoimet?)</p> <ul style="list-style-type: none"> -parannetaan viestintää omaisten suuntaan -jatkettaisiin asian työstämistä koko työyhteisönä -eettisen ja arvokeskustelun käyminen -tieto- ja taitopohjan kehittäminen edelleen -byrokratia vähemmäksi, selkeät ohjeet, ei poliisia/amb -exitusvaatteet, voisiko omaiset tuoda? -saattohoito-opas, omaisten opas -työvuorosuunnittelu niin että samat hoitajat hoitaisivat loppuun saakka -yhtenäiset ohjeet hälytyskeskuksen ja lääkäreiden kanssa -asiasta voisi/täytyisi puhua, vaikka ei vielä ajankohtaista -hengelliset kysymykset: pappi paikalle? 	<p>D – MUUTOKSET – mikä olisi tehty alun perin eri tavalla?</p> <ul style="list-style-type: none"> -aihetta olisi pitänyt pitää aktiivisemmin esillä, oltaisiin esim. tavattu useammin asian puitteissa -omaisia mukaan -selkeät ohjeet jo tullessa

ARVO(T), JOHON KEHITTÄMISESSÄ ON NOJAUDUTTU: yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, turvallisuus, hienotunteisuus, selkeys, inhimillisyys, kunnioitus